UNIVERSITÉ BORDEAUX SEGALEN

ECOLE DOCTORALE DES SCIENCES SOCIALES
SOCIETES, SANTE ET DECISION
U.F.R. DES SCIENCES DE L'HOMME

Année 2011 **Thèse n°1811.**

Thèse pour le

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ VICTOR SEGALEN
BORDEAUX II - MENTION PSYCHOLOGIE

Présentée et soutenue publiquement le 12 septembre 2011

DETERMINANTS DES TRAJECTOIRES DE DETRESSE PENDANT LA PREMIERE ANNEE QUI SUIT L'ANNONCE D'UN CANCER PRIMITIF OU RECIDIVANT

Par Carole ZOZAYA

Née le 28 septembre 1973 à Bayonne (64)

Membres du jury :

Mme le Docteur Florence COUSSON-GELIE *Université Bordeaux Segalen (Bordeaux)*	Directrice de thèse
Mr le Docteur Joël SWENDSEN *Université Bordeaux Segalen (Bordeaux)*	Président du jury
Mme le Professeur Nicole DELVAUX *Université Libre de Bruxelles (Bruxelles)*	Rapporteur
Mr le Professeur Grégory NINOT *Université Montpellier 1 (Montpellier)*	Rapporteur
Mme le Professeur Catherine BUNGENER *Université Paris Descartes V (Paris)*	Examinateur
Mme le Docteur Nathalie BONICHON-LAMICHHANE *Centre Coordination en Cancérologie - Clinique Tivoli (Bordeaux)*	Membre du jury

REMERCIEMENTS

Il est de coutume d'adresser sa gratitude à la fin d'un parcours alors qu'il y a tant de moments où cela a été fait ou aurait pu l'être et le sera encore, ne serait-ce que parce que la fin d'une chose initie le début d'une autre…. Sur cette longue route, de nombreuses personnes m'ont fait confiance et m'ont soutenue. Alors, à toutes celles et ceux qui ont partagé un pan d'histoire à mes côtés, à un moment ou un autre, je tiens à exprimer ma plus sincère reconnaissance. Tout un cocktail de belles rencontres qui méritent d'être dites. Tout simplement merci…

Mes premiers remerciements sont destinés à Florence Cousson-Gélie, Professeur, et surtout ma directrice de thèse. C'est l'occasion pour moi de te dire que « si cela n'avait pas été avec toi », je ne sais pas si j'aurais gravi à nouveau les marches de notre Université. Chercheuse remplie d'énergie, tu donnes un espace de liberté et d'indépendance à celui ou celle qui sait s'en saisir. Merci, Florence pour ton implication, ton attention bienveillante et ta rigueur, pour ton enthousiasme inconditionnel pour la recherche qui m'a stimulée et guidée.

Pour l'honneur qu'ils me font, d'avoir accepté de siéger au jury de cette thèse, je souhaite remercier Madame le Professeur Nicole Delvaux, Madame le Professeur Catherine Bungener, Monsieur le Professeur Grégory Ninot et particulièrement Monsieur le Professeur Joël Swendsen, qui m'avait déjà accompagnée, en 2002, vers la voie professionnelle.

Je profite pour faire ici un clin d'œil complice à Anaïs, Arièle, Sabrina et Laëtitia, Laëtitia, Marielle et Stéphane, clin d'œil complice car ayant partagé consciemment ou inconsciemment, à la fois des moments de fougue, mais aussi d'angoisses. Merci aussi à différentes rencontres universitaires comme Chrystel, véritable « gardienne » de mes courriers, ou Madame Riquet, qui, à la veille de partir pour de beaux horizons, m'a aidée à déjouer certains écueils administratifs, sans oublier Olivier et Thierry, pour lesquels, je salue leur « empathie » désormais devenue célèbre…

Intervenir et travailler en oncologie est une expérience avant tout humaine et riche, qui implique voire exige une authenticité, un respect, une confiance, une éthique, une liberté… J'ai eu le privilège de partager le début de ma carrière professionnelle aux côtés de Nathalie Bonichon-Lamichhane, une oncologue reconnue dans le monde médical qui m'a fait

confiance. Je parle en termes de privilège, je pourrais dire aussi chance. Depuis huit ans, tant de choses ont été ainsi partagées, notamment autour de certains patients et patientes, des moments intenses, remplis de force de vie et d'espoir, juste parfois avec le désir commun de faire ce que l'on a à faire, humainement, avec l'impression d'être à sa place et de savoir pourquoi, l'espace d'un instant… Alors, ne serait-ce que pour tout cela, Nathalie … merci …

Une pensée toute particulière et remplie de gratitude également aux oncologues tout aussi reconnus de la Clinique Tivoli, les Docteurs Hortense Laharie, Dominique Jaubert et Patrick Bonichon. Ils savent déjà, je leur ai déjà dit…

Merci à mes précieuses collègues… je pense à Mathilde, bien évidemment, Stéphanie, Emilie, Priscilla mais aussi, aux personnes remarquables du service de chimiothérapie ambulatoire de la Clinique Tivoli, les « irremplaçables » Nathalie, Anne-Marie, Hélène, Odile, Nathalie. Je n'oublie pas non plus certaines « personnalités » du service d'oncologie, « le 2A »… un merci tout particulier à Magali, Attachée de recherche clinique, à « mes » stagiaires, Olivier et Elodie et surtout, « félicitations à eux » car ce sont des futurs collègues...

Merci aussi à tous ceux et celles qui, dans l'ombre, donnent vie aux services d'hospitalisation, à tous ceux qui font que la frontière avec l'autre soit la plus humaine possible dans le monde du soin…

Merci à tous les patients et les patientes qui ont bien voulu participer à cette recherche, mais aussi aux autres… à toutes ceux et celles qui nous montrent au quotidien ce qu'est la maladie… « *cette zone d'ombre de la vie, un territoire auquel il coûte cher d'appartenir. En naissant, nous acquerrons une double nationalité qui relève du royaume des bien-portants comme de celui des malades. Et bien que nous préfèrerions tous présenter le bon passeport, le jour vient où chacun de nous est contraint, ne serait-ce qu'un court moment, de se reconnaître citoyen de l'autre contrée…* » (Susan Sontag),

Je ne terminerai pas ici sans remercier deux Femmes d'exception d'avoir croisé mon chemin. Mes pensées vont vers Geneviève, qui m'a écrit il y a quelque temps qu'« on a tous besoin, un jour ou l'autre, de rencontrer un Petit Prince… ». Véritable « book-addicted », elle a en elle une force incroyable, un panache qui fait qu'elle vous enrichit à chaque rencontre. Merci à Danièle, pour sa flamme de vie inébranlable en dépit des tempêtes, pour son authenticité et sa constance, pour son humanité et son sourire…

Et plus intimement ….

Merci est un mot qui, dans son essence, vient comme un hommage, une envie de dire l'importance que revêt la personne à qui il s'adresse. Dire merci sous-entend qu'il faut aussi savoir l'accueillir. Je souhaite sincèrement qu'il en sera fait ainsi. Par pudeur et respect, je ne déposerai ici que quelques mots, l'intimité de ce que j'ai à dire, a déjà rejoint secrètement les pages de ce travail qui sera remis à chacune des personnes qui me sont chères….

Synonyme parfois d'expédition du Grand-Nord par la découverte de sensations fortes, dignes de celles des conditions de l'extrême, une thèse relève d'un cocktail édifiant entre un soupçon de folie, à foison de passion, de découragement, de persévérance, de doutes, d'interrogations, d'excitation, d'inspiration…. et indubitablement de belles rencontres, certaines connues depuis longtemps, d'autres plus récentes, d'autres qui se jouent, se déjouent ou se rejouent et se rejoueront encore, je le souhaite,… de « belles » rencontres ou belles « re-rencontres » qui prennent sens au fil du temps… et toutes « hors de l'ordinaire » à leur manière. Pour certaines d'entre elles, elles sont mon inspiration, ma respiration, elles se reconnaîtront….

Dans ces moments « thésardesques », on s'interroge presque inexorablement sur son histoire, particulièrement lorsqu'il y a des béances, des manques, des absences imposées par la vie… et on se demande qu'est-ce qu'on nous transmis et ce que l'on en a fait de nos héritages. Et on trouve… oui, j'ai trouvé… j'ai trouvé aussi ce que chacun et chacune d'entre vous m'a appris… notamment à persévérer encore, à me dépasser encore, à reconnaître les choses essentielles de la vie, à décider, à grandir, à croire encore même s'il fait noir … et surtout à croire en mes rêves. Car oui, tout commence par un rêve… . J'ai aussi appris que pour être « Phénix », il faut être « koska » et « stur », que l'espoir est comme une plante, elle se cultive, elle a besoin de soins. C'est la petite fleur sur son astre désert qu'arrose sans cesse le Petit Prince afin qu'elle vive et soit témoin d'amour.

Dans cette aventure et ce pan d'histoire si petit pour l'humanité et si grand pour soi, je vous remercie d'avoir croisé ma vie, de l'avoir colorée, de l'avoir habitée et de l'habiter encore... merci d'être….

Et immanquablement merci à mes racines, merci à la Vie…

Denak azten dira amez batetik...

Beti hil beritz sorteko, Txori Fenix bezala...

Egin lehen urratsa bigarrenak segituko du

RESUME

Introduction. La détresse émotionnelle est inhérente au parcours du patient à qui l'on annonce un cancer primitif ou récidivant. Cette étude a deux objectifs fondamentaux : (1) identifier différentes trajectoires de détresse de patients présentant un cancer et (2) identifier et étudier les déterminants de ces trajectoires de détresse émotionnelle de ces patients de l'annonce d'un cancer primitif ou d'une récidive et durant les neuf mois de traitement qui suivent

Méthode. 286 patients ont été évalués un mois, 3, 6 et 9 mois après le diagnostic de cancer. Les variables de personnalité (névrosisme et l'optimisme) et les variables transactionnelles (contrôle perçu, coping, le soutien social et qualité de la relation) ont été mesurées. La détresse psychologique a été évaluée avec l'HAD.

Résultats. Quatre trajectoires de détresse émotionnelle ont été identifiées : une trajectoire « résiliente » (40.1%) qui présente un niveau de détresse émotionnelle bas qui se maintient durant les neuf mois qui suivent l'annonce, une trajectoire « différée » (37.63%) qui présente un niveau de détresse émotionnelle bas, qui tend à augmenter légèrement et de façon linéaire durant les trois premiers mois et restent stable et inférieur aux seuils au-delà, une trajectoire « récupérante » (19.58%) qui présente un niveau de détresse émotionnelle significatif qui tend à augmenter légèrement et de façon linéaire durant les trois premiers mois et restent stables au-delà et une trajectoire « chronique » (2.77%) qui présente une détresse élevée et constante. S'il apparaît que ce soit davantage les variables de personnalité qui distinguent les trajectoires « résiliente » et « chronique », ce serait la profondeur du soutien social qui différencierait particulièrement les trajectoires « détresse différée » et « récupérante », engendrant le recours à des stratégies de coping différentes. Cependant, cette étude n'a pas pu mettre en évidence de résultats significatifs concernant la variable « sentiment de contrôle ».

Conclusion. Nos résultats semblent soutenir l'idée que des personnes, confrontées à des événements de vie stressants, isolés et potentiellement très perturbateurs comme le diagnostic de cancer primitif ou récidivant, parviendraient à maintenir des niveaux de fonctionnements psychologique et physique relativement stables et sains. Cependant, nous n'avons pas observé de diminution du niveau de détresse des patients pendant la première année après le diagnostic du cancer primitif ou de récidive.

Mots-clés. Détresse émotionnelle, cancer, récidive, trajectoires, névrosisme, optimisme, contrôle perçu, coping, soutien social perçu, qualité de relation.

ABSTRACT

Introduction. Emotional distress is a significant problem for patients with cancer experience and particularly recurrence. We aim to (a) identify distinct trajectories of psychological distress in the first year after primitive cancer diagnosis or recurrence treated with chimiotherapy and (b) explore possible determinants of these trajectories, that is personal (neuroticism, optimism) and transactional (control, coping, social support, quality of relation) characteristics.

Method. 286 patients were assessed after diagnosis in the reentry phase of treatment and in the survivorship phase: 3, 6 and 9 months after the diagnosis announce. Personality (neuroticism and optimism) and transactional variables (coping, social support and quality of relation) have been measured. Psychological distress was assessed with HAD scale.

Results. There were four trajectories of distress: a group "resilient" (40.1%) that experienced no or low distress, a group "delayed" (37.63%) that experienced no signifcative distress but levels of depression and emotional distress, which tend to increase slightly and linearly during the first three months and remain stable and below the thresholds beyond, a group "recovery" (19.58%) that experienced signifcative distress, which tend to increase slightly and linearly during the first three months and remain stable and below the thresholds beyond, and a group "chronic" (2.77%) that experienced chronic distress. Variables of Personality and transactional variables could distinguish the distress trajectories. No significant results have been found with perceived control

Conclusion. Most patients were not distressed or only temporarily so, in response to primitive cancer or recurrence. However, emotional distress of patients has not decreased during the first year after primitive cancer diagnosis or recurrence.

Key-words. Psychological distress, cancer, recurrence, trajectories, neuroticism, optimism, perceived control, coping, social support, quality of relation.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 19

PARTIE I : APPROCHE THÉORIQUE 23

CHAPITRE I : APPROCHE MEDICALE DU CANCER 24

1. EPIDEMIOLOGIE DU CANCER 24
2. DEFINITIONS ET CANCEROGENESE 30
   2.1. Un peu d'histoire 30
   2.2. Carcinogénèse / Cancérogenèse 33
   2.3. Les principaux facteurs de risques 35
      2.3.1. Agents chimiques 35
      2.3.2. Bactéries et virus 36
      2.3.3. Agents physiques 36
      2.3.4. Hérédité 37
      2.3.5. L'alcool 38
3. LES THERAPIES MEDICALES 38
   3.1. La chirurgie 38
   3.2. La radiothérapie 38
   3.3. La curiethérapie 39
   3.4. La chimiothérapie 39
   3.5. Hormonothérapie 40
   3.6. Immunothérapie 41
   3.7. Greffe de moelle osseuse 41
   3.8. Corticothérapie 42
   3.9. Radiofréquence 42
   3.10. Effets secondaires des traitements 44
4. LA PRISE EN CHARGE EN ONCOLOGIE 44

CHAPITRE II : APPROCHE PSYCHOLOGIQUE DU CANCER 48

1. PARTICULARITE DE LA DETRESSE EMOTIONNELLE EN ONCOLOGIE 48
   1.1. Détresse, troubles psychopathologiques et qualité de vie 48
   1.2. L'apport des trajectoires de détresse 56
2. L'ANNONCE EN ONCOLOGIE : STRESS ET AJUSTEMENT 60

2.1. APPROCHES DU STRESS 60
2.1.1. Le stress : demande d'adaptation 60
2.1.2. Les modèles bio-médicaux du stress 62
2.1.2.1 Les conceptions physiologiques : Le modèle spécifique de Selye (1956).62
2.1.2.2 Eloge de la fuite de Laborit (1976).....64
2.1.3. Les conceptions interactionnistes du stress 66
2.2. Les principaux modèles du stress en psychologie de la santé 68
2.2.1. Un modèle transactionnel en psychologie de la santé 68
2.2.2. Un modèle de recherche en psycho-oncologie 71
2.2.3. Un modèle de transition socio-cognitive 72
2.2.4. Choix du modèle de Folkman (1997, 2000) 73
3. LES DETERMINANTS DE LA DETRESSE EMOTIONNELLE.....76
3.1. Les prédicteurs sociodémographiques et médicaux de la détresse 76
3.1.1. Des facteurs de nature sociodémographique.....76
3.1.2. Des facteurs de nature médicale.....78
3.2. Influence de la personnalité sur la détresse émotionnelle en oncologie.....79
3.2.1. Le névrosisme 80
3.2.2. L'optimisme 83
3.3. Coping, contrôle perçu et soutien social comme déterminants de la détresse émotionnelle 88
3.3.1. Le coping 88
3.3.1.1 Définition du coping 88
3.3.1.2 Coping et cancer 92
3.3.2. Sentiment de contrôle et détresse émotionnelle 98
3.3.3. Détresse et soutien social 102
3.3.3.1 Soutien social et situation stressante.....103
3.3.3.2 Soutien social et cancer.....105
3.3.3.3 Soutien social et détresse ou détresse et soutien social ?.....107
3.3.3.4 Le soutien social spécifique d'une relation particulière 109
CHAPITRE III : PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE 111

PARTIE II : METHODOLOGIE 117

CHAPITRE I : PRESENTATION DE L'ECHANTILLON 118

1. LES CRITERES D'INCLUSION, D'EXCLUSION ET D'ARRET.....118

1.1. Critères d'inclusion et d'exclusion pour le groupe de patients présentant un cancer primitif 118

1.2. Critères d'inclusion et d'exclusion pour le groupe de patients présentant une récidive cancéreuse 119

1.3. Critères d'arrêt 119

2. MODALITE DE LA PROCEDURE DE RECHERCHE 119

2.1. Les patients de l'étude.....119

2.2. Les temps de l'étude.....121

2.2.1. Etape 1 : établissement du premier temps d'évaluation de la recherche 121

2.2.2. Etape 2 : les autres temps de l'étude 122

3. L'ECHANTILLON DE L'ETUDE : CARACTERISTIQUES A T0.....123

4. DONNEES MEDICALES 124

4.1. La classification des tumeurs : grades et stades.....124

Les stades.....125

Le grade histopronostique 126

4.2. Autres données médicales prises en compte.....126

CHAPITRE II : OPERATIONNALISATION DES VARIABLES.....129

1. ETUDE QUANTITATIVE 129

1.1. Les variables évaluées par le protocole de recherche : présentation des outils 129

1.1.1. Les variables dispositionnelles.....129

1.1.1.1 L'optimisme : échelle Life Orientation Test-Révisé (LOT-R) de Scheier & Carver (1985), révisée par Vautier, Raufaste & Cariou (2003).....129

1.1.1.2 Le névrosisme : NEO-PI R de Costa & Mc Crae (1985, 1988, 1992), validé en français par Rolland & Petot (1994) et Rolland, Parker & Stumpf (1998) 130

1.1.2. Les variables transactionnelles.....132

1.1.2.1 Le soutien social : Social Support Questionnaire (S.S.Q. de Sarason, Levine, Basham & Sarason (1983), validation française de Rascle et al. (1997)...132

1.1.2.2 La qualité de la relation : Quality of Relationships Inventory (QRI) de Pierce, Sarason & Sarason (1991. En cours de validation française.....133

1.1.2.3 Contrôle perçu : Locus of Control Scale for Cancer Patients (C.L.C.S.) de Pruyn et al (1988), validation française par Cousson-Gélie et al. (2005) 134
1.1.2.4 Coping : Mental Ajustement to Cancer Scale de Watson et al. (1988), validation française de Cayrou et al. (2003).....135
1.1.3. La variable dépendante ou critère : la détresse émotionnelle, anxiété-dépression : Hospital Anxiety and Depression scale (HADs) de Zigmond et Snaith (1983), validation française de Lepine, Godchau, Brun & Lempiere (1985) et validation auprès de patients cancéreux de Razavi, Delvaux, Farvacques & Robaye (1989) 136
2. CONSIDERATIONS ETHIQUES 138
3. HYPOTHESES OPERATIONNELLES ET MODELE D'ANALYSE 139
4. ANALYSE DES DONNEES 143
4.1. Etude des trajectoires de développement : modèle de mélange semi-paramétrique.. 143
4.2. Régressions logistiques 145
4.3. Mise en œuvre des analyses statistiques.....146

PARTIE III : RESULTATS.....148

CHAPITRE I : DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON EN FONCTION DES SCORES AUX DIFFERENTES ECHELLES 149
CHAPITRE II : APPROCHE LONGITUDINALE : MODELES DE MELANGE SEMI-PARAMETRIQUES.....152
1. Ensemble des patients 152
1.1. Processus de sélection de modèles.....152
1.2. Description des groupes pour l'ensemble des patients.....153
1.2.1. Anxiété.....153
1.2.2. Dépression.....154
1.2.3. Détresse émotionnelle (HAD total).....155
2. Description des groupes pour les patients atteints de primo-cancer ou de cancer récidivant pour la HAD total.....157
2.1. Processus de sélection de modèles.....157
2.2. Description des groupes pour les patients atteints de cancer primitif.....157
2.3. Description des groupes pour les patients atteints de cancer récidivant 158

CHAPITRE III : RELATIONS ENTRE LES CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES ET LES DIFFERENTES TRAJECTOIRES 160
1. Explications préliminaires concernant les régressions multinomiales.....160
2. MANCOVA- ANCOVA.....161
2.1. Analyse de co-variance multivariée portant sur les variables dispositionnelles, les groupes et le type de cancer 161
2.1.1. Optimisme (LOT).....161
2.1.2. Trait d'anxiété (NEOPI) 162
2.1.3. Trait de dépression (NEOPI).....162
2.1.4. Récapitulatif du modèle.....163
2.2. Analyse de co-variance portant sur les variables transactionnelles et les groupes (trajectoires).....164
2.2.1. Contrôle perçu (CLCS).....164
2.2.2. Soutien social perçu (SSQ) 165
2.2.3. Qualité de la relation (QRI) 165
2.2.4. Stratégies de coping (MAC) 165
2.2.5. Récapitulatif du modèle.....166
PARTIE IV : DISCUSSION.....171
DISCUSSION SUR LES RESULTATS DE L'ETUDE DES TRAJECTOIRES DE DETRESSE.....172
1. Quatre trajectoires de détresse émotionnelle.....172
1.1. Les deux trajectoires « classiquement » retrouvées 174
1.1.1. Trajectoire « résiliente » 174
1.1.2. Trajectoire « détresse chronique ».....176
1.2. Les deux autres trajectoires 177
1.2.1. Trajectoire « récupérante » 178
1.2.2. Trajectoire « détresse différée ».....179
2. Les déterminants des trajectoires.....181
2.1. Variables dispositionnelles 181
2.2. Variables transactionnelles 184
FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE. 193
1. Principales limites de l'étude.....193
Population d'étude et en particulier, les patients en récidive cancéreuse 194
2. Principales « forces » de l'étude.....199

REFLEXIONS D'ORDRE ETHIQUE.....200
ENTRE PERSPECTIVES ET PROSPECTIVES DE RECHERCHE 202
1. Trois facteurs à prendre en considération 203
2. Perspectives et prospectives de recherches 207
3. Vers une prise en charge adaptée.....209
4. Intérêt de l'évaluation de la détresse émotionnelle en cancérologie 210

CONCLUSION 212

BIBLIOGRAPHIE 216

ANNEXES 257

SOMMAIRE DES FIGURES

Figure 1 : Représentation graphique du nombre de nouveaux cas de 1980 à 2010, par localisation cancéreuse, d'après les statistiques de l'Invs (2011a). 25

Figure 2 : Représentation graphique du nombre de décès de 1980 à 2010, par localisation cancéreuse, d'après les statistiques de l'Invs (2011b).....25

Figure 3 : Trajectoires de détresse de sujets confrontés à un traumatisme (Bonanno, 2004). 57

Figure 4 : Un modèle intégratif et multifactoriel en Psychologie de la Santé (Bruchon-Schweitzer, 2002). 70

Figure 5 : Un modèle de recherche en psycho-oncologie (Dolbeault et al., 1999).....71

Figure 6 : Un modèle de la transition socio-cognitive (Brennan, 2001). 72

Figure 7 : Schématisation du modèle de Folkman, 1997, 2000.....74

Figure 8 : Modèles d'analyse de notre étude sur les trajectoires de détresse de patients depuis l'annonce du cancer primitif ou récidivant durant la période de traitements associés. ..116

Figure 9 : Détails du recrutement des patients de l'étude. 120

Figure 10 : Détails du déroulement de l'étude.....123

Figure 11 : Modèle d'analyse des trajectoires selon les groupes.....139

Figure 12 : Modèle d'analyse des trajectoires selon les variables dispositionnelles et médicales. 140

Figure 13 : Modèle d'analyse des trajectoires selon les variables transactionnelles. 142

Figure 14 : Trajectoires en anxiété des 4 groupes (en pointillés : intervalles de confiance à 95%). 154

Figure 15 : Trajectoires en dépression des 4 groupes (en pointillés : intervalles de confiance à 95%). 155

Figure 16 : Trajectoires en détresse émotionnelle des 4 groupes (en pointillés : intervalles de confiance à 95%). 156

Figure 17 : Trajectoires en détresse émotionnelle des 4 groupes de patients atteints de cancer primitif (en pointillés : intervalles de confiance à 95%). 158

Figure 18 : Trajectoires en détresse émotionnelle des 4 groupes de patients atteints de cancer récidivant (en pointillés : intervalles de confiance à 95%). 159

Figure 19 : Effets d'interaction entre les trajectoires, le type de cancer et les traits d'anxiété et de dépression et l'optimisme. 164

Figure 20 : Effets du groupe sur les variables transactionnelles.....170

Figure 21 : Proposition d'un « modèle » de la détresse émotionnelle en cancérologie. 208

SOMMAIRE DES TABLEAUX

Tableau 1 : *Evolution de l'incidence du cancer par localisation de 1980 à 2010 : (hommes et femmes) d'après les statistiques de l'Invs (2011a).* 26

Tableau 2 : *Evolution de la mortalité du cancer par localisation de 1980 à 2010 : (hommes et femmes) d'après les statistiques de l'Invs (2011b).* 27

Tableau 3 : *Taux de survie à cinq ans, selon l'organe atteint par le cancer (Invs, 2011d).* 29

Tableau 4 : *Répartition des effectifs pour chaque temps de mesure selon le type de cancer.* 123

Tableau 5 : *Données sociodémographiques de l'échantillon à l'entrée de l'étude (n = 286).* 123

Tableau 6 : *Données médicales de l'échantillon à l'entrée de l'étude (n = 286).* 127

Tableau 7 : *Consistance interne (alpha de Cronbach) du névrosisme (anxiété-dépression) (Costa & Mc Crae, 1988).* 131

Tableau 8 : *Consistance interne (alpha de Cronbach) du névrosisme (anxiété-dépression) (Rolland et al., 1998).* 131

Tableau 9 : *Consistance interne (alpha de Cronbach) des trois facteurs du QRI (Pierce et al., 1991) selon le proche choisi.* 133

Tableau 10 : *Caractéristiques statistiques et psychométriques des 5 sous-échelles de la version française de la MAC (Cayrou et al., 2003).* 135

Tableau 11 : *Échelles complétées aux différents moments d'évaluation.* 138

Tableau 12 : *Recodage des variables.* 147

Tableau 13 : *Comparaison à la population générale des moyennes de l'échantillon (n = 286) pour chaque dimension des variables dispositionnelles et transactionnelles, à l'entrée de l'étude.* 150

Tableau 14 : *Effectifs et pourcentages des données manquantes.* 152

Tableau 15 : *Processus de sélection des modèles (BIC).* 152

Tableau 16 : *Valeurs moyennes des probabilités postérieures estimées (P) et effectifs des groupes pour la HAD total.* 153

Tableau 17 : *Modèle sélectionné pour l'anxiété.* 153

Tableau 18 : *Modèle sélectionné pour l'anxiété.* 155

Tableau 19 : *Modèle sélectionné pour la détresse émotionnelle.* 156

Tableau 20 : *Modèle sélectionné pour la détresse émotionnelle des patients atteints de cancer primitif.* 157

Tableau 21 : *Modèle sélectionné pour la détresse émotionnelle des patients atteints de cancer récidivant.* 159
Tableau 22 : *Répartition des effectifs en fonction de l'âge, du genre et du type de cancer.* .. 160
Tableau 23 : *Résultats des MANCOVA portant sur les variables dispositionnelles.* 163
Tableau 24 : *Résultats des ANCOVA portant sur les variables transactionnelles.* 167

INTRODUCTION

Dans toutes les sociétés, la maladie est perçue comme un désordre : c'est un désordre biologique mais c'est aussi un désordre au sens psychologique et sociologique du terme puisqu'elle empêche l'individu de remplir son rôle social et c'est encore un désordre dans la biographie de l'individu. C'est donc un désordre dans le monde vécu du malade, une forme de déconstruction qui, selon un principe invariant dans la pensée humaine, appelle une remise en ordre. Les explications de la maladie, que l'on peut décoder dans les représentations de la maladie et dans les itinéraires thérapeutiques des malades, permettent cette remise en ordre en donnant un sens à l'évènement-maladie (Augé, 1984). Le sens de la maladie est inscrit dans l'expérience de l'individu, mais c'est aussi une construction sociale et culturelle (Herzlich, 1988).

Les grandes maladies de l'humanité comme la peste, la syphilis, la tuberculose, le sida et le cancer s'accompagnent d'une surcharge symbolique qui peut, en plus du fardeau de la maladie, rendre la vie des malades plus difficile encore. Il est particulièrement frappant que les maladies cardio-vasculaires, qui devancent les tumeurs malignes en dangerosité, ne partagent pas la mauvaise presse de ces dernières. Dans le contexte des croyances « profanes », en effet, le cancéreux peut être considéré, au même titre que le malade du sida ou le lépreux comme contagieux, impur, coupable et de ce fait exclu de la société humaine. La symbolique associée au cancer fait de celui-ci, un mal qui « détruit l'ordre naturel », un mal qui « ronge » le malade de l'intérieur et un mal « envahissant ». Le cancer se prête ainsi, plus que toutes les autres maladies-fléaux qu'a connues l'humanité, à la métaphore. La métaphore du cancer exprime le désordre, l'anarchie, le conflit entre les forces de l'ordre et celles du désordre, la perte du contrôle par les processus de régulation sociale. Elle est utilisée dans les discours des hommes politiques ou dans les médias pour figurer les désordres sociaux et les dysfonctionnements d'une société qu'on dit « rongée » par le « cancer » du chômage, de la délinquance, de la drogue ou de l'immigration, pour figurer « l'envahissement » de l'Autre (Sontag, 1979).

La maladie cancéreuse bouleverse l'existence induisant d'inédits aménagements psychologiques chez le patient, à plusieurs niveaux et à divers moments (premiers examens, annonce du diagnostic, biopsie, traitements, rémission, éventuellement récidive, soins

palliatifs, fin de vie), le confrontant à des questionnements identitaires, de son rapport au monde et de son rapport à l'autre. Les représentations de mort et de souffrance si actives chez le patient (et ses proches), s'expliqueraient par le fait que cette pathologie est particulièrement investie affectivement, cognitivement, socialement. Elle exige du patient un effort continu et répété d'adaptation pour préserver son intégrité physique et psychique. La situation de ces patients s'est, de façon générale, améliorée en raison du raffinement des techniques thérapeutiques actuellement disponibles.

Le cancer, phénomène de santé publique, est à ce jour, selon l'I.N.V.S., (INstitut de Veille Sanitaire), la première cause de décès en France. Le nombre de nouveaux cas de cancer a augmenté de 89% en 25 ans : en 2010, 357 768 nouveaux cas ont été diagnostiqués (contre 168 850 en 1980). Cette même année, 146 810 décès ont été recensés (contre 129 274 en 1980) ce qui représente 30% du taux de mortalité en France, selon les registres de l'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (Insee : http://www.indices.insee.fr). L'impact de l'annonce d'un cancer est connu et largement étudié. L'augmentation accrue et récente de travaux et recherches en oncologie et psycho-oncologie, a conduit à une réelle organisation de la prise en charge globale de patients atteints de cancer. Cette mobilisation, articulée autour des Plans Cancer (2003-2007 et 2009-2013) montre donc l'importance grandissante du souhait de prendre en compte les différences intra et inter individuelles, afin de pouvoir personnaliser les parcours de soins, et ainsi améliorer la qualité de vie des patients. Le « dispositif d'annonce » en est une illustration et a ainsi permis de s'intéresser au parcours de la personne atteinte d'un cancer (primitif ou d'une récidive cancéreuse), sans la réduire à un regard d'ordre biologique, mais incluant ainsi la dimension psychologique, familiale, proximologique, sociale ... .

L'annonce du cancer est un moment singulier, qui allie une nécessaire violence des mots, ressentie par les protagonistes et met en jeu une confiance mutuelle indispensable à l'alliance thérapeutique et au contrat relationnel entre médecin et patient. L'annonce d'une récidive cancéreuse se révèle être une « deuxième annonce » à potentiel doublement traumatique, tant de par le caractère éminemment anxiogène de l'annonce de tout cancer, mais aussi de par la réactivation du traumatisme qu'a pu constituer la première annonce effectuée dans le passé. Cette annonce de la rechute représente une véritable mise à l'épreuve, faisant resurgir, chez le patient, des émotions proches de celles ressenties lors de l'annonce de la maladie primitive, émotions encore plus violentes qui le fragiliseraient à nouveau. Cependant, si les études sur le

thème de la récidive cancéreuse s'avèrent plus nombreuses depuis la dernière décennie, elles font souvent l'objet de critiques d'ordre essentiellement méthodologique en raison de la disparité des outils utilisés, mais aussi des difficultés à rendre compte de l'ensemble des variables qui se jouent pour le patient en récidive. L'une d'elles est certainement celle que l'on peut rattacher au terme de « détresse émotionnelle ». En effet, souffrance, détresse, anxiété, dépression ..., la clinique des troubles psychopathologiques en cancérologie n'est pas celle de la psychiatrie, et l'existence d'un vaste continuum des manifestations cliniques de la détresse en rend l'évaluation clinique difficile. Sous-estimée et mal évaluée, elle n'est pas toujours prise en compte de façon appropriée.

S'il est important de souligner l'effort de soutien et d'explication fourni par le système de santé pour répondre à la demande d'informations des patients, l'effort pour améliorer des conditions d'annonce du cancer, l'effort pour évaluer l'efficience d'un traitement ou les effets secondaires d'un traitement, il est aussi nécessaire d'entendre et de comprendre la détresse, souvent à bas bruit, de ces patients pas uniquement comme l'« héritage inéluctable » de l'annonce d'un cancer primitif ou d'une récidive. En effet, la détresse, l'anxiété, la dépression sont aussi l'empanache d'un phénomène adaptatif de l'homme. Ces symptômes deviennent entendables, acceptables voire légitimes dès lors qu'ils sont en lien avec une souffrance liée à l'abandon, à un deuil ou à une perte, réelle ou symbolique car relevant de l'adaptation, de la survie. La détresse, au sens anxiété, dépression, angoisse, est inhérente au parcours du patient, elle peut être dynamique, elle peut aussi se figer, elle peut se rejouer, car elle s'inscrit dans un continuum, une trajectoire de cet homme ou de cette femme, dans une véritable psycho-dynamique du sujet, dans ses épreuves de la maladie dès lors de l'annonce de la maladie cancéreuse. Alors, existe-t-il une ou plusieurs trajectoires de détresse émotionnelle de patients lors de l'annonce d'un cancer primitif ou récidivant ? Comment en saisir les modalités ? Quels en sont les déterminants ?

La première partie de ce travail est une présentation d'ordre théorique. Elle se veut avoir été pensée et construite afin de pénétrer dans l'univers singulier de cet homme ou de cette femme à qui l'on annonce un cancer primitif ou une récidive. Lorsqu'on s'intéresse à un patient, il est fondamental de saisir, à défaut de comprendre, dans quelles perspectives il évolue. On ne peut exclure ni les dimensions médicales, ni les dimensions psychologiques :

- Le premier chapitre « approche médicale » décrit, après des données d'ordre épidémiologique, le phénomène de carcinogénèse, les différents traitements que peuvent subir

les patients, tant dans leur mécanisme d'action que les effets secondaires non négligeables à prendre en considération, et enfin, les modalités d'organisation du terrain i.e. « comment se passe une prise en charge en cancérologie depuis l'annonce d'un cancer primitif ? », « quelle est cette rencontre si singulière d'un patient avec la structure hospitalière qui l'accueille ? »...

- Le second chapitre « approche psychologique du cancer » est en lien avec la psychologie de la santé, qui s'est beaucoup attachée à montrer l'impact des facteurs psychosociaux sur l'apparition et la progression des maladies et notamment le cancer. S''inscrivant dans une temporalité, ce courant de la psychologie s'intéresse au processus dynamique de la relation entre l'individu et son environnement, c'est à dire comment les réactions cognitives, comportementales et émotionnelles peuvent influencer l'ajustement psychologique et particulièrement les trajectoires de détresse émotionnelle chez des patients atteints de cancer.

Après cette approche théorique et après avoir précisé la problématique de recherche, ainsi que les hypothèses sous-jacentes et les objectifs de l'étude, une partie méthodologique viendra préciser ses conditions d'opérationnalisation. Nous explorerons la dimension contextuelle en examinant les aspects sociodémographiques et oncologiques ainsi que l'expérience de la détresse émotionnelle sous un angle quantitatif. S'ensuivront la présentation de nos résultats et une discussion, afin de clore cette étude et s'ouvrir vers d'autres perspectives.

PARTIE I : APPROCHE THÉORIQUE

CHAPITRE I : APPROCHE MEDICALE DU CANCER

Le cancer est une maladie très anciennement connue dans le monde médical et dont la perception a radicalement changé au cours du vingtième siècle. Il n'existe pas un cancer mais des cancers. En effet, si les causes de la cancérisation d'une cellule peuvent être communes, l'évolution de la maladie et donc sa prise en charge dépendent de nombreux facteurs : organe concerné, localisation de la tumeur, âge, état de santé du patient, etc... . Avec le développement des thérapeutiques, le cancer est passé du statut de maladie incurable à une pathologie dont les traitements sont complexes, rendant nécessaire une prise en charge multidisciplinaire. La complexité de la prise en charge du cancer, l'augmentation de l'incidence de la maladie (maintenant première cause de mortalité en France selon l'I.N.V.S., (INstitut de Veille Sanitaire), son impact sur la société, ont rendu indispensable la mise en place de politiques de lutte contre la maladie.

Dans une mise en perspective de la notion de détresse émotionnelle des patients dans le cadre d'un cancer primitif ou d'une récidive cancéreuse, un prérequis épidémiologique du cancer, apparaît nécessaire pour saisir une réalité pragmatique. Puis, des précisions sur la carcinogénèse ainsi que les traitements que suivent les patients, s'avèrent tout aussi importantes afin de mieux appréhender le parcours de soins de ces derniers et les conséquences sur leur vécu biologique, psychologique et social. Enfin, une présentation des Plans Cancer qui structurent la prise en charge des patients en oncologie en France, ainsi que les contextes de l'annonce médicale viendront d'autant affiner l'environnement dans lequel les patients à qui l'on vient d'annoncer un cancer primitif ou une récidive, évoluent tant physiquement, psychiquement qu'émotionnellement.

1. EPIDEMIOLOGIE DU CANCER

En France, les données nationales de mortalité, recueillies à partir des certificats de décès, sont publiées chaque année par l'INSEE depuis 1967, par l'INSERM depuis 1968. Ces données sont disponibles sur le web (Insee, 2011a). Les données de morbidité par cancer ne sont pas enregistrées, en France, au niveau national, mais il existe un certain nombre de registres départementaux. A partir des données de morbidité et de mortalité dans ces départements et à partir des données de mortalité nationales, on peut estimer la morbidité

nationale par cancer (International Agency for Research on Cancer IARC ou CIRC en français, le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) fait partie de l'Organisation mondiale de la Santé).

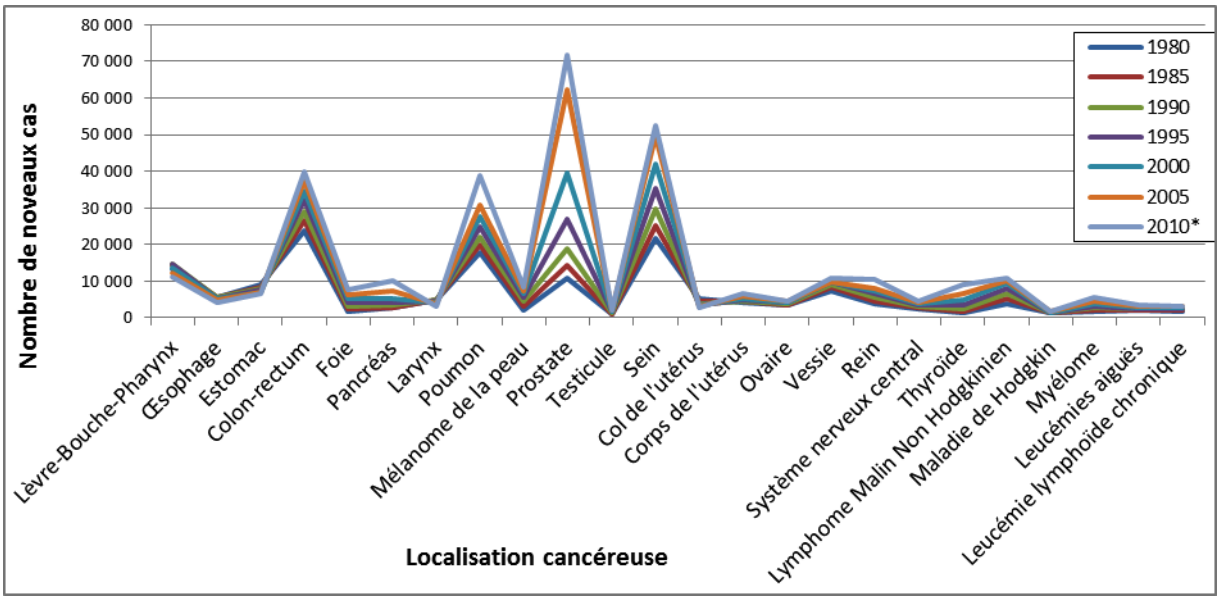


Figure 1 : Représentation graphique du nombre de nouveaux cas de 1980 à 2010, par localisation cancéreuse, d'après les statistiques de l'Invs (2011a).

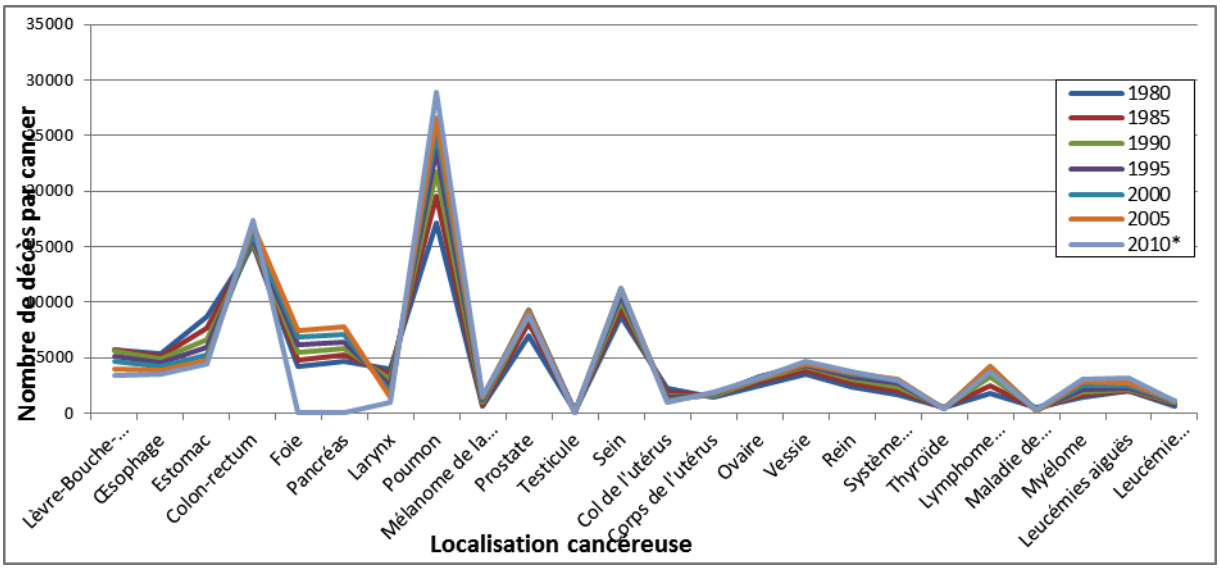


Figure 2 : Représentation graphique du nombre de décès de 1980 à 2010, par localisation cancéreuse, d'après les statistiques de l'Invs (2011b).

Tableau 1 : *Evolution de l'incidence du cancer par localisation de 1980 à 2010 : (hommes et femmes) d'après les statistiques de l'Invs (2011a).*

	1980	**1985**	**1990**	**1995**	**2000**	**2005**	**2010***
Lèvre-Bouche-Pharynx	13280	14414	14812	14549	13660	12270	11007
Œsophage	5494	5591	5542	5381	5091	4721	4247
Estomac	8904	8420	7942	7529	7074	6794	6461
Colon-rectum	23804	26470	29187	31990	34623	37413	39996
Foie	1768	2381	3190	4191	5276	6433	7596
Pancréas	2652	2877	3351	4129	5331	7218	10133
Larynx	4774	4886	4794	4542	4177	3735	3210
Poumon	17912	19982	22186	24685	27440	30651	38879
Mélanome de la peau	2210	3202	4386	5628	6701	7401	8255
Prostate	10756	14190	18979	26760	39636	62245	71577
Testicule	977	1157	1349	1544	1745	2002	2220
Sein	21704	25114	29649	35392	42000	49814	52588
Col de l'utérus	5136	4431	3939	3576	3295	3068	2823
Corps de l'utérus	4287	4427	4640	4912	5274	5774	6563
Ovaire	3403	3613	3818	4023	4218	4375	4532
Vessie	7149	8198	9055	9631	9795	9679	10740
Rein	3689	4653	5647	6614	7420	7949	10542
Système nerveux central	2360	2700	3057	3429	3770	4120	4566
Thyroïde	1352	1773	2415	3366	4726	6672	9003
Lymphome Malin Non Hodgkinien	3727	5160	6684	8179	9395	10224	10777
Maladie de Hodgkin	1422	1428	1431	1431	1463	1544	1723
Myélome	1865	2237	2681	3215	3827	4516	5445
Leucémies aiguës	1985	2144	2320	2534	2779	3082	3428
Leucémie lymphoïde chronique	1810	2033	2286	2576	2883	3224	3277
Tous cancers	**168850**	**188742**	**211776**	**239792**	**273518**	**319380**	**357768**

* Estimation Ces estimations pour 2010 sont des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2005 et 2010, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles.

Tableau 2 : *Evolution de la mortalité du cancer par localisation de 1980 à 2010 : (hommes et femmes) d'après les statistiques de l'Invs (2011b).*

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010*
Lèvre-Bouche-Pharynx	5747	5759	5549	5185	4652	4000	3367
Œsophage	5378	5147	4875	4568	4222	3850	3468
Estomac	8736	7638	6683	5887	5217	4756	4416
Colon-rectum	15153	15238	15446	15778	16141	16865	17394
Foie	4223	4784	5473	6203	6835	7390	**
Pancréas	4677	5209	5790	6418	7057	7787	**
Larynx	3974	3550	3011	2445	1896	1406	1027
Poumon	17171	19533	21717	23681	25285	26624	28870
Mélanome de la peau	622	795	983	1166	1324	1440	1566
Prostate	7001	8090	8875	9279	9295	9202	8791
Testicule	205	173	144	118	100	82	87
Sein	8689	9445	10130	10697	11035	11201	11289
Col de l'utérus	2258	1888	1605	1393	1215	1067	941
Corps de l'utérus	1448	1508	1574	1652	1712	1800	1900
Ovaire	2461	2832	3104	3270	3281	3180	3133
Vessie	3563	3912	4186	4377	4448	4482	4661
Rein	2379	2697	2999	3282	3500	3684	3788
Système nerveux central	1698	2060	2408	2703	2903	3019	2940
Thyroïde	496	492	476	453	430	403	380
Lymphome Malin Non Hodgkinien	1742	2514	3302	3937	4249	4203	3704
Maladie de Hodgkin	510	443	373	312	259	218	286
Myélome	1463	1673	1906	2159	2437	2789	3006
Leucémies aiguës	1969	2018	2108	2247	2444	2733	3141
Leucémie lymphoïde chronique	670	834	967	1059	1082	1059	1066
Tous cancers	**129274**	**136335**	**141751**	**145378**	**146165**	**145762**	**146810**

* Estimation Ces estimations pour 2010 sont des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2005 et 2010, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles.
** Pas encore communiqué

Selon les types de cancers : Ces projections sont issues d'une modélisation statistique des données observées dans les registres de cancer jusqu'en 2005 ainsi que des données nationales de mortalité par cancer jusqu'en 2007 (Invs, 2011a, 2011b). Elles sont basées sur un scénario privilégié d'évolution, pour chaque type de cancer. Ce scénario a été retenu par un groupe d'épidémiologistes parmi trois scenarii possibles, basés sur la poursuite ou non des tendances les plus récemment observées.

Si le cancer du sein se situe en tête de la mortalité chez la femme, avec 11 300 décès en 2010, le taux de mortalité diminue en France depuis près de quinze ans. Chez la femme, la situation concernant le cancer du poumon est toujours aussi préoccupante puisque incidence et mortalité sont en constante augmentation (7 700 décès en 2010).

Pour le cancer de la prostate, le scénario d'évolution retenu repose sur une hypothèse de stabilisation de l'évolution de l'incidence de ce cancer entre 2005 et 2010 alors que son augmentation était de 8,5 % par an entre 2000 et 2005. Cette augmentation de l'incidence est liée aux pratiques de dépistage par le dosage du PSA (antigène spécifique de la prostate) et l'hypothèse de stabilisation est issue du fait qu'une grande partie des cancers devrait être à présent diagnostiquée. Des résultats internationaux et des données de l'Assurance Maladie confirment cette tendance à la stabilisation (Invs, 2011c). L'hypothèse de stabilisation a également été retenue pour le cancer du sein dans l'éventualité d'un effet de la diminution de la prescription des traitements hormonaux substitutifs de la ménopause.

Selon le sexe : Le nombre de cancers en fonction du sexe diffère selon la localisation de ce cancer**.** Autrefois il y avait plus de cancers chez la femme que chez l'homme dans tous les pays. Aujourd'hui, ce n'est plus vrai dans les pays industrialisés où la mortalité par cancer est plus élevée chez l'homme que chez la femme. Cela s'explique par une forte diminution du cancer de l'utérus, et une augmentation importante du cancer du poumon chez l'homme. En 1995, la mortalité par cancer du poumon est 7,5 fois plus élevée chez l'homme que chez la femme en France. Quarante-cinq ans plus tôt, elle n'était que 3,4 fois plus élevée. La surmortalité masculine est importante pour les localisations liées à la consommation de tabac et/ou d'alcool (Invs, 2011c)

Selon l'âge : En dehors des cancers rares de l'enfant, l'incidence du cancer est voisine de zéro à l'adolescence et augmente ensuite progressivement jusqu'à être très élevée chez les personnes âgées. En général, le taux d'accroissement est de l'ordre de l'âge élevé à la puissance 3 ou 4. Les rétinoblastomes et les néphroblastomes sont plus fréquents chez les enfants. Les tératomes et les séminomes du testicule sont plus fréquents entre 20 et 30 ans.

L'incidence du cancer du col de l'utérus augmente jusqu'à la ménopause et ensuite se stabilise, voire diminue.

Survie après diagnostic de cancer en Europe : la durée de survie après le diagnostic d'un cancer est très variable selon la localisation de ce cancer. Certains cancers peuvent être à développement rapide et ne pas laisser espérer une survie très importante. Inversement, d'autres cancers sont de meilleur pronostic.

Tableau 3 : *Taux de survie à cinq ans, selon l'organe atteint par le cancer (Invs, 2011d).*

Organe	Taux de survie à 5 ans	Organe	Taux de survie à 5 ans
Pancréas	96 %	**Prostate**	44 %
Foie	95 %	**Maladie de Hodgkin**	2
Œsophage	92 %	**Sein**	27 %
Poumons	91 %	**Thyroïde**	25 %
Bouche-Pharynx	64 %	**Testicule**	10 %

La publication de ces projections illustre la mise en œuvre des mesures du Plan Cancer 2 relatives à l'observation des cancers et au renforcement des registres existants (couvrant actuellement environ 20 % de la population) sans lesquels il serait impossible de publier de tels résultats en France. La France est le seul pays européen à fournir des estimations nationales pour l'année en cours. Les données de mortalité ont été fournies par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc), un des nombreux laboratoires de l'Inserm. On évalue la gravité d'un cancer également au nombre de patients survivants à cinq et dix ans après le diagnostic. C'est ce qui est désigné par le corps médical par la survie à cinq et dix ans. Cette mesure permet également une évaluation de l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire leur capacité à poser un diagnostic précoce et à éviter la mort des malades grâce à

un traitement approprié. Cependant, même si la France est l'un des pays dont le taux de survie à cinq ans est l'un des meilleurs, tous cancers confondus, l'Europe est loin derrière les Etats-Unis. Et au sein d'un même pays, il existe des disparités selon les régions.

Depuis 1989, en France, les cancers sont la première cause de décès chez l'homme. En 1999, ils représentent 32 % des décès masculins, devant les maladies cardio-vasculaires (29 %). Le cancer est devenu la première cause de décès devant les maladies cardiovasculaires, en 1988 chez l'homme, et en 2002 chez la femme. Essentiellement parce que la mortalité par maladie cardiovasculaire diminue plus fortement que la mortalité par cancer**.** En 20 ans, la mortalité a diminué de 22% chez les hommes et de 14% chez les femmes, selon un rapport de l'Institut National du CAncer (INCa, 2007) qui couronne l'impact de la prévention et du diagnostic précoce associé à de meilleurs traitements. Toutefois, ces dix dernières années, la mortalité a diminué de 16% chez les hommes, mais de 8% seulement chez les femmes, un moins bon résultat pour les Françaises dû en grande partie à l'augmentation rapide de la mortalité par cancer du poumon féminin. Certes, sur la période 2003-2007, les cancers représentaient encore la première cause de mortalité pour les hommes (33% des décès) et la deuxième pour les femmes (23%). A ce jour, des disparités persistent dans les taux de mortalité, mais il semble se dessiner une tendance à l'homogénéisation.

2. DEFINITIONS ET CANCEROGENESE

2.1. Un peu d'histoire

Hippocrate (460-370 av. J.-C.) fit des descriptions précises de cancer et utilisa les termes grecs « carcinos », « carcinoma » pour désigner des ulcérations chroniques ou des grosseurs qui semblaient être des tumeurs malignes et « squirr(h)e » pour désigner une forme de cancer (épithéliome) de consistance dure du fait de la prédominance d'une sclérose avec rétraction des tissus. D'après le dictionnaire Bailly A. (2000), ces deux termes grecs signifient respectivement : « carcinos » : écrevisse, chancre, cancer, tumeur et « skirros » : dur, endurci. Ajoutons aussi la référence en sanscrit, « karkata ». Il remarqua qu'il valait mieux ne pas traiter certains cancers qu'il appela « occultes » car les malades ne survivaient pas longtemps à leur traitement. Il y eut peu de progrès dans l'étude du cancer pendant les trois siècles après Hippocrate jusqu'à Aulus Cornelius Celsus.

Celsus (28 av. J.-C. - 50 ap. J.-C.) médecin romain, traduisit le mot grec « carcinos » en « cancer », mot latin signifiant : 1) crabe, écrevisse, cancre et 2) cancer, chancre. Il introduisit par contre, tel quel, le mot grec « carcinoma » dans le langage latin. Le terme « cancer » désignait plutôt des ulcères d'allure maligne avec pénétration profonde tandis que le terme « carcinoma » désignait plutôt nos lésions pré-malignes et malignes de type plus superficiel. Une hypothèse avance que la forme de certaines lésions cancéreuses évoquait la forme d'un crabe; ceci explique l'origine des mots « carcinos » et « cancer » pour désigner ces maladies. Le terme grec « cacoethes », utilisé tel quel en latin par Celsus pour désigner des tumeurs de stade précoce, signifie en français médical et en tant qu'adjectif : pernicieux, malin; en tant que nom il signifie : tumeur difficile à distinguer du carcinome. « Cacoethes » provient du mot grec « cacos » qui signifie « mauvais, sale ». Il expliqua que le cancer apparaissait surtout dans les parties supérieures du corps : dans les régions du visage, du nez, des oreilles, des lèvres, des seins mais aussi dans des ulcérations et dans la rate. Il décrivit les différents degrés dans l'évolution de la maladie : le premier degré appelé « cacoethes » en grec est suivi par un carcinome sans ulcération et ensuite arrive la lésion exubérante. Il pensait que seuls les « cacoethes » pouvaient être traités par excision et déconseillait par contre de traiter les lésions plus avancées : ni onguents, ni cautérisation, ni excision. Déjà dans l'antiquité, le traitement du cancer est associé au degré d'avancement de la maladie et comme aujourd'hui, toutes proportions gardées, il se fait globalement en fonction d'un système de stadification de la maladie.

Galien (130-200 ap. J.-C.) utilisa le terme grec « oncos » pour désigner une grosseur ou une tumeur d'allure maligne. Ses théories furent valables pendant un millénaire. Il considérait que les tumeurs étaient dues à un excès « d'humeur », de bile noire, qui se solidifiait dans certaines parties du corps comme les lèvres, la langue, les seins. Son traitement consistait en l'administration de purges pour dissoudre la bile solidifiée. Si la lésion ne régressait pas, il pratiquait alors l'excision. Cette théorie des « humeurs » sera oubliée et il n'y aura plus de progrès notoire pendant très longtemps. Seules des observations cliniques et la collecte des données quant au comportement des différentes tumeurs permettront de progresser très lentement.

Au Moyen-Âge, les chirurgiens contribuèrent beaucoup à une meilleure compréhension du cancer : le chirurgien anglais John of Arderne (1307-1390), durant la Guerre de Cent Ans, décrivit les symptômes du carcinome du rectum avec ses hémorragies et obstruction. Guy de Chauliac, de France (1300-1370) suivit ses prédécesseurs. Il fit de larges

excisions pour les lésions débutantes et soignait les lésions graves avec des onguents de manière palliative.

Durant la Renaissance, les connaissances anatomiques augmentèrent énormément car les autopsies n'étaient plus interdites. Il fallut attendre longtemps avant de comprendre que le système lymphatique a son rôle dans l'évolution du cancer et que prévenir les maladies métastatiques en retirant les ganglions lymphatiques loco-régionaux est une partie importante dans la thérapie du cancer. Cependant, l'étude du cancer évolue peu car il n'y a pas encore de discipline ni de méthodologie dans la recherche expérimentale du cancer et le manque d'instruments scientifiques ne permet pas de progresser très rapidement. A cette époque, suite aux affirmations de certains médecins comme Sennert (1572-1637), la population croyait que le cancer était contagieux : les cancéreux furent exclus des hôpitaux par crainte d'épidémie. Face à cette situation, le chanoine et mécène Jean Godinot (1661-1739) fit construire un des premiers hôpitaux destinés exclusivement aux cancéreux à Reims en 1740. L'institut appelé Hôpital St-Louis fut construit hors de la ville et n'accueillit que des cancéreux jusqu'à ce que l'on admette que le cancer n'était pas contagieux. Il est fait mention également, en 1592, d'un établissement à Varsovie (Pologne) pour patients présentant des tumeurs : l'Hôpital St Lazare. Ce fut fort probablement le premier établissement pour cancéreux en Europe pour ne pas dire dans le monde.

Au 18 et 19ème siècle, la théorie des « humeurs » de Galien, maintenant acceptée de tous, va largement influencer les médecins. Henri Francois le Dran (1685-1770) décrivit que le cancer débutait localement et s'étendait ensuite par les canaux lymphatiques vers les ganglions lymphatiques. Cette théorie est très importante car elle explique pourquoi le cancer du sein, par exemple, peut atteindre les poumons. Il préconisait l'excision de la tumeur et des ganglions lymphatiques axillaires. Il comprit que si les ganglions axillaires étaient envahis, le cancer était grave. Xavier Bichat (1771-1802) découvrit que les différentes localisations du cancer ne sont qu'une seule et même maladie touchant le même tissu mais dans différents organes. John Hunter (1728-1793) fut le premier à évoquer des prédispositions au cancer comme l'hérédité, l'âge et peut-être le climat. Il estima l'âge moyen d'avoir un cancer, entre 40 et 60 ans et constata qu'un cancer du sein, chez une femme de moins de 40 ans, était très rapidement fatal.

Il y eut peu de nouveaux termes introduits par la suite pour désigner ces gonflements et tumeurs. Au début du 19ème siècle « carcinoma » devint synonyme de « cancer » et la terminaison « -oma » fut utilisée pour désigner certaines lésions cancéreuses. Le mot

« cancer » est donc très ancien. Il n'a cependant pas de signification scientifique dans la nomenclature des maladies. Il est, en effet, attribué à un grand nombre de maladies différentes avec une étiologie et des manifestations très variées impliquant des soins et des traitements différents. Le pronostic après traitement, est également très différent. De plus, le mot « cancer » a été associé pendant très longtemps à la souffrance et à la mort et possède actuellement une connotation très péjorative. La tendance actuelle vise à utiliser plus justement la dénomination de "maladies oncologiques".

Le cancer fut d'abord considéré comme une maladie de l'organisme, puis du tissu, puis devint maladie de la cellule et de son noyau et la multiplication anarchique des cellules. A partir du début du 20ème siècle, les centres de cancer proliférèrent un peu partout en Europe avec, pour la première fois dans l'histoire, multidisciplinarité, c'est-à-dire, concentration de disciplines différentes (chirurgie, rayons X, laboratoires de recherches, chimiothérapie...) pour combattre la même maladie. Les connaissances et le traitement du cancer progressèrent à pas de géants : en 1895, la découverte des rayons X et, en 1898, la découverte de la radioactivité bouleversèrent les thérapeutiques. Par la suite, la chimiothérapie, qui utilise différentes drogues pour tuer les cellules malignes, se développa et continue toujours de se perfectionner. D'autres thérapeutiques continuent à voir le jour dans le traitement du cancer (immunothérapie, greffe des moelles, radiofréquence, curiethérapie, etc…).

2.2. Carcinogénèse / Cancérogenèse

Tout organisme est organisé en un ensemble ordonné de cellules, qui communiquent entre elles. Bien que provenant toutes d'une seule et même cellule en s'étant différenciées, certaines d'entre elles se regroupent, constituent un organe et se spécialisent dans leur fonctionnement. Les cellules saines, qui sont l'élément de base des tissus, naissent, se divisent et se renouvellent d'une façon ordonnée en suivant un programme précis défini par leur patrimoine génétique. En effet, si l'on peut considérer une cellule comme une usine spécialisée dans la fabrication de protéines, aucune n'invente néanmoins le processus de fabrication. Ce processus est régi par les gènes qui proviennent des parents. Ainsi, chaque individu est génétiquement différent d'un autre. La structure des gènes est écrite à l'aide de quatre lettres, le code génétique, le long d'un filament qui constitue l'acide désoxyribonucléique (ADN). L'ADN se trouve à l'intérieur de chaque cellule sous forme de chromosomes. Ce filament d'ADN est à la fois solide et fragile : solide car stable d'une génération à l'autre, d'un organe à l'autre, d'une cellule à l'autre lorsqu'elles se multiplient et

fragile surtout au moment de la réplication de l'ADN lors de la division cellulaire. Ainsi, chaque jour, un être humain, en l'absence de tout phénomène de cicatrisation ou de croissance, perd et fabrique donc pour les remplacer, environ 50 à 70 millions cellules. Ainsi, le corps humain parvient à fabriquer 50 à 70 millions de cellules parfaitement identiques de son patrimoine génétique. Mais ce phénomène s'avère de moins en moins parfait au fil du temps, ce qui participe du vieillissement et de la mort in fine (Khayat, 2005).

Le système de copie de l'ADN peut ainsi faire des erreurs, que l'on appelle mutations, qui ont de graves conséquences parce qu'elles concernent certains gènes fondamentaux qui contrôlent la division cellulaire. Ainsi, si une mutation se produit sur certains de ces gènes qui démarrent ou arrêtent le phénomène, cela peut aboutir à des excès de divisions d'une cellule. La principale conséquence est que la cellule concernée et sa descendance (porteuse de cette même mutation) se multiplient à l'infini. Se constitue alors une tumeur dite maligne ou néoplasme (Annexe 1 et Annexe 2), un amas de cellules en division, qui grossit, envahit les organes voisins, puis l'individu dans son entier. C'est ce que l'on peut appeler un cancer qui se définit comme une prolifération incontrôlée de cellules se développant anormalement au sein de l'organisme. La transformation d'une cellule normale en cellule cancéreuse est la résultante d'altérations génétiques qui vont progressivement dérégler les systèmes de contrôle de la cellule. Le terme de cancer regroupe un ensemble de pathologies. On compte plus de cent types de cancers, presque tous les tissus de notre organisme peuvent être affectés par ce dérèglement dont les causes, les évolutions et les conséquences sont très diverses. La cancérogenèse ou la carcinogènèse (Annexe 1 et Annexe 2) se définit comme un ensemble de phénomènes ou d'événements qui conduisent à la transformation d'un tissu physiologique (normal) en tissu cancéreux. Cancer est un terme général appliqué à un grand groupe de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme. L'une de ses caractéristiques est la prolifération rapide de cellules anormales, dégénérées et dont le diagnostic, selon Khayat D. (2005), « en l'absence de traitement, est mortel ».

Pour autant, toutes les tumeurs ne sont pas cancéreuses. Si la prolifération s'arrête, ce n'est pas un cancer mais un phénomène normal. Mais dans un certain nombre de cas, la tumeur peut évoluer vers un carcinome in situ (Annexe 2), c'est-à-dire un cancer localisé. Quand les cellules continuent à se diviser de façon anarchique, la tumeur locale grossit au détriment des tissus et des organes sains avoisinants. Pour se développer davantage la tumeur produit des substances amenant les vaisseaux sanguins à l'alimenter en énergie. C'est ce qu'on appelle la néo-vascularisation des tumeurs ou néo-angiogenèse (Annexe 2). L'angiogenèse tumorale est

le phénomène par lequel de nouveaux petits vaisseaux sanguins se forment autour d'une tumeur. Ces vaisseaux permettent à la tumeur de se nourrir et de croître. Leur formation est stimulée par des substances que sécrètent les cellules cancéreuses.

En passant dans le sang ou dans le système lymphatique, les cellules tumorales peuvent diffuser dans d'autres parties de l'organisme pour y former de nouvelles tumeurs. C'est ce qu'on appelle les métastases (Annexe 2). Le cancer devient invasif. Ainsi, même si une tumeur cancéreuse initiale est enlevée, la maladie peut de ce fait récidiver. Cette capacité de diffusion dans tout l'organisme fait qu'il est essentiel de détecter le plus tôt possible une tumeur et de savoir si elle est bénigne ou maligne. Dans tous les cas, des traitements efficaces, en vue de maîtriser la maladie, sont possibles dès que le diagnostic de cancer est posé.

2.3. Les principaux facteurs de risques

Un facteur de risque se définit comme une caractéristique liée à une personne, à son environnement, sa culture ou son mode de vie et qui entraîne pour elle une probabilité plus élevée de développer une maladie. Les facteurs de risque les plus fréquemment évoqués dans le cadre du cancer sont ceux liés à l'environnement (produits toxiques utilisés dans la vie quotidienne, pratiques professionnelles) et à des comportements individuels (alcool, tabac, sédentarité, alimentation). Depuis les années 1960, on a constaté, dans le monde industrialisé, l'augmentation régulière de certains cancers : cancers de la thyroïde, du sein, de la prostate, du cerveau, mélanomes malins (cancers touchant la peau et les muqueuses), lymphomes (cancers touchant les éléments du sang).

2.3.1. Agents chimiques

De nombreux agents chimiques sont cancérogènes. La plupart proviennent de l'environnement. Malheureusement, actuellement, 3% seulement de l'ensemble de ces substances chimiques ont fait l'objet d'une analyse de toxicité.

- La fumée du tabac contient plus de quarante substances cancérogènes. Elle est responsable de la majorité des cancers des poumons et des bronches, et à un degré moindre, des cancers de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, de la vessie (les substances contenues dans le tabac sont éliminées par les urines), (Gandini et al., 2008). L'Organisation mondiale de la santé (OMS), quant à elle, rappelle le poids du tabagisme dans la mortalité par cancer à l'échelle mondiale : 80 % des cancers du poumon sont imputables au tabac, qui est

également à l'origine d'un risque accru pour d'autres cancers (OMS, 2008). Un des principaux indicateurs des conséquences du tabagisme est la mortalité par cancer du poumon. Une nouvelle méta-analyse, de 106 études, publiée en 2008, montre qu'il existe une augmentation d'environ 20 % du risque de survenue du cancer colorectal chez les personnes fumeuses par rapport à celles n'ayant jamais fumé. Le risque étant lié à l'ancienneté de la consommation tabagique, il n'atteint un niveau statistiquement significatif qu'après trente ans de tabagisme (Botteri et al., 2008)

- L'amiante (dont l'usage est interdit en France mais que l'on trouve encore dans certaines constructions anciennes) entraîne le cancer de la plèvre et celui des poumons.
- Le monochlorure de vinyle et le benzène provoquent des leucémies.
- Les éthers de glycol, progressivement retirés, sont toujours présents dans les vernis, colles et peintures. Ils sont fortement soupçonnés de favoriser, voire de provoquer des cancers de l'estomac, des cancers des testicules et des leucémies.

2.3.2. Bactéries et virus

Des bactéries et des virus peuvent également entraîner des infections pouvant se transformer en cancer :

- Une bactérie nommée hélicobacter provoque des gastrites chroniques susceptibles d'évoluer en cancer de l'estomac.
- Le papilloma virus humain est ainsi responsable de plus de 90% des cancers du col de l'utérus.
- Le virus de l'hépatite B entraîne des hépatites chroniques qui se transforment parfois en cancer du foie.

2.3.3. Agents physiques

Des agents physiques favorisent la survenue de cancers :

- Les ultra-violets (UVA et UVB) : l'exposition au soleil favorise le cancer de la peau.
- Les radiations ionisantes : elles proviennent d'un gaz radioactif, le radon, et sont émises naturellement par l'écorce terrestre. Elles sont artificiellement produites par la radiologie médicale et les déchets nucléaires. Si les avis sont partagés sur leurs effets à faibles doses, on a la certitude qu'à fortes doses elles provoquent les leucémies, le cancer du poumon et le cancer des os.

La survenue d'une ou de plusieurs de ces activations déclenche un cancer.

- La carcinogenèse chimique correspond à une activation par mutation dans un oncogène. Elle se caractérise par deux stades successifs : l'initiation et la promotion. Un oncogène peut être activé par mutation avec une substance chimique « initiatrice » pour former des tumeurs bénignes, qui, elles, sont susceptibles de dégénérer en cancer sous l'action d'une substance « promotrice ».
- La carcinogenèse virale comprend deux sortes d'activation. La première implique des virus lents qui, par insertion, activent un oncogène. La seconde concerne des virus qui portent un gène transformant, capable de transformer la cellule en cellule tumorale.
- L'amplification d'un oncogène correspond à une activation par multiplication du nombre de copies de l'oncogène dans la cellule. Il s'agit souvent d'un événement tardif au cours de la progression tumorale.
- L'amplification de l'A.D.N. ou de l'A.R.N. d'un oncogène conduit à l'augmentation d'une protéine pouvant lutter contre le produit d'un autre gène, un gène suppresseur de la transformation tumorale (anti-oncogène). La quantité de protéine oncogène l'emporterait sur celle de la protéine suppresseur de tumeur, provoquant ainsi le cancer. D'autres facteurs sont impliqués : activité anormale de gènes contrôlant des enzymes (télomérases) et de gènes bloquant l'apoptose (Annexe 2) et permettant la formation de nouveaux vaisseaux sanguins qui alimentent le tissu tumoral.

2.3.4. Hérédité

Seuls 5 à 10 % des cancers sont influencés par l'hérédité. C'est vrai pour certaines tumeurs du sein, du gros intestin, de la prostate (pour ne citer que les cancers les plus fréquents). Un cancer est le résultat de la perturbation du fonctionnement de nombreux gènes. Ces dérèglements peuvent s'accumuler dans une cellule donnée au cours de la vie de l'individu, jusqu'à aboutir au déclenchement d'un cancer. De telles anomalies cancéreuses et ne sont donc pas transmissibles à la descendance. Par contre, il arrive beaucoup plus rarement que toutes les cellules, y compris les cellules reproductrices, soient porteuses d'un gène modifié qui prédispose au développement d'un ou plusieurs cancers. Les individus porteurs d'une telle anomalie génétique ont alors un risque nettement plus important que la moyenne de développer la maladie. Ils peuvent également transmettre cette anomalie à leur descendance. Mais comme tous les gènes sont présents en deux exemplaires (l'un venant de notre mère et l'autre de notre père) et que seul l'un des deux est transmis, les enfants n'ont qu'une « chance » sur deux d'hériter du gène anormal.

2.3.5. L'alcool

Deux rapports sont venus compléter, fin 2007, les connaissances sur la relation entre alcool et cancer: un rapport du World Cancer Research Fund (WCRF) et de l'American Institute of Cancer Research (AICR) (WCRF, 2007) et un rapport INRA/NACRE (INRA, 2007), tous deux issus d'un long processus d'analyse de la littérature scientifique et d'évaluation du niveau de preuve. Les rapports WCRF/AICR et INCA/NACRE établissent que l'alcool agit sans effet de seuil sur le risque de cancer, et que même une faible consommation augmente le risque de certains cancers (notamment des voies aérodigestives supérieures et du foie, mais également du sein et du côlon-rectum).

3. LES THERAPIES MEDICALES

L'oncologie est la science qui s'intéresse à la nature, l'étiologie, la prévention, le diagnostic, le traitement, la réhabilitation et les soins palliatifs de l'ensemble des maladies que l'on nomme le cancer. Elle comprend : la chirurgie, l'oncologie médicale (médecine interne), la radiothérapie, l'anatomie pathologique et comprend, de nos jours, les recherches clinique et fondamentale. Par conséquent, un oncologue ne peut travailler de manière isolée car il fait partie de toute une équipe pluridisciplinaire dans laquelle chacun doit avoir une large connaissance de toutes les autres disciplines impliquées dans l'étude du cancer. Ainsi, diverses thérapies médicales existent pour traiter le cancer.

3.1. La chirurgie

Si possible, la tumeur est extraite par chirurgie et le traitement est complété par de la radiothérapie et de la chimiothérapie (Annexe 3) pour éliminer les cellules cancéreuses qui restent. Il s'agit du plus ancien traitement contre le cancer et sans doute le plus efficace lorsque la tumeur est encore circonscrite à une région du corps, c'est-à-dire qu'elle ne s'est pas infiltrée dans les tissus voisins. Rappelons néanmoins que la chirurgie à elle seule représente l'une des meilleures thérapeutiques pour traiter le cancer.

3.2. La radiothérapie

Utilisant différentes sources de rayons ionisants, selon le type de tumeur, la radiothérapie est souvent requise après une chirurgie. Ce traitement vise à détruire des cellules cancéreuses qui

pourraient subsister et à prévenir les récurrences locales. Les rayons tuent aussi les cellules normales. Les rayons ionisants sont émis soit par un appareil de radiothérapie, soit par des substances radioactives introduites dans le corps du patient à proximité de la tumeur (la curiethérapie).

3.3. La curiethérapie

La curiethérapie est une technique particulière de radiothérapie qui consiste à introduire la source d'irradiation directement au contact de la tumeur. Limitée à certains cancers, cette méthode est plus efficace et moins toxique que la radiothérapie classique. L'irradiation permet de détruire les cellules cancéreuses mais peut également endommager les cellules saines. Pour limiter ces désagréments, le rapprochement de la source d'irradiation et de la tumeur apparaît comme une solution intéressante. Les rayons gamma émis permettent alors de détruire les cellules cancéreuses. L'introduction de ces sources de radiations se fait grâce à une aiguille très fine à l'intérieur de certains tissus (peau, sein, prostate, langue…). Cette technique est limitée aux cancers qui ne se sont pas propagés à d'autres parties du corps. Du fait de son action ciblée, les effets secondaires liés aux autres parties non cancéreuses, est limitée. Le recours à la curiethérapie nécessite la reconstruction tridimensionnelle de l'organe touché et le calcul précis de l'irradiation. Les étapes du traitement sont réalisées sous la direction du radiothérapeute dans une chambre plombée, qui absorbe le rayonnement. Le patient restera dans cet environnement durant toute la durée du traitement (deux à six jours). Plusieurs séances peuvent être nécessaires. Durant cette période, les visites devront être brèves et se feront derrière la protection d'un paravent plombé. A la fin du traitement, les sources radioactives sont enlevées. Le malade ne présente alors plus de danger pour son entourage. Eprouvant, ce traitement nécessite des périodes de convalescence plus ou moins longues, mais oscillant autour d'un mois complet.

3.4. La chimiothérapie

La chimiothérapie (Annexe 3) consiste à administrer, par injection ou sous forme de comprimés, des agents chimiques qui tuent les cellules malades. Il en existe plusieurs, qui possèdent différents mécanismes d'action et différents effets indésirables (Annexe 7). Son usage dépend de la malignité de la tumeur, de son origine et de son stade d'évolution. Elle est souvent utilisée lorsque la tumeur réapparaît et lorsqu'il y a des métastases (Annexe 2). La chimiothérapie est parfois indiquée avant une chirurgie pour réduire la taille de la tumeur et

faciliter son ablation. Plusieurs médicaments de chimiothérapie et d'hormonothérapie visent à enrayer le phénomène d'angiogenèse de façon à « affamer » la tumeur. Dans une tumeur, seules les cellules capables de se reproduire indéfiniment (cellules souches) sont dangereuses. Ce sont elles qui sont ciblées pour être détruites. Les autres cellules, celles qui se multiplient mais ne se reproduisent pas ou pour quelques générations seulement, et celles qui se différencient, aboutissent à un processus de mort « naturelle », sans la chimiothérapie. Il n'y a pas de drogues spécifiques aux cellules cancéreuses, ainsi tous les médicaments utilisés sont peu ou prou toxiques pour les cellules normales. La plupart des médicaments atteignent la cellule cancéreuse au moment où elle se divise, en faussant le mécanisme délicat de la division cellulaire. Les tumeurs peu actives seront donc peu touchées. A l'inverse, les tissus sains très actifs (cellules sanguines, muqueuse, peau) seront atteints facilement, et devront donc se régénérer. Toutes les drogues ont une toxicité hématologique plus ou moins forte, et le plus souvent une toxicité non hématologique. On peut distinguer quatre buts différents dans la prescription de chimiothérapie (Annexe 3) : la chimiothérapie à visée curative, à visée adjuvante, à visée palliative ou la chimiothérapie expérimentale.

3.5. Hormonothérapie

Certaines cellules cancéreuses sont stimulées par des hormones. Ainsi, l'hormonothérapie peut aider à contrôler et à guérir le cancer du sein ou de la prostate, qui sont parfois hormono-dépendants (leur croissance peut être stimulée par des hormones, comme les œstrogènes ou la testostérone). Elle vise souvent à réduire le taux de certaines hormones dans le corps, ou à empêcher la tumeur d'utiliser ces hormones pour croître. L'hormonothérapie consiste ainsi à bloquer les hormones pour qu'elles cessent de stimuler le cancer. Pour ce faire, on peut recourir à l'ablation chirurgicale des testicules ou à des médicaments (en comprimés ou injections). Plusieurs composés sont alors disponibles. L'hormonothérapie est le plus souvent réservée à des cancers qui ne sont plus limités à la prostate (lésions dans les os et les poumons). Ce traitement peut également être prescrit en cas d'échec ou d'insuffisance d'un traitement local (prostatectomie, radiothérapie ou curiethérapie) ou en association à ces mêmes traitements. Il est généralement donné sur le long terme (à vie) ou de manière intermittente (pour diminuer l'intensité et la fréquence des effets secondaires) ou de manière temporaire (lorsqu'il est associé à un autre traitement). Environ 70 % des cancers du sein possèdent des récepteurs pour les œstrogènes et/ou la progestérone et voient leur croissance stimuler par ces hormones. Dans ces cancers du sein, on administre souvent des traitements

hormonaux pour stopper la croissance tumorale en s'opposant aux effets des œstrogènes. Les tumeurs des femmes ménopauses ont, en général, beaucoup de récepteurs aux estrogènes et sont très sensibles à l'hormonothérapie. En revanche, les 30 % de cancers du sein qui ne possèdent pas de récepteurs hormonaux ne relèvent pas d'une hormonothérapie. On rencontre plus souvent ces derniers cancers chez les femmes jeunes avant la ménopause.

3.6. Immunothérapie

Parmi les principales substances chimiques actives dans le système immunitaire, il y a les cytokines dont font partie les interférons et les interleukines produits par génie génétique. Chez les patients dont le système immunitaire est déjà fort et chez qui le cancer est encore à un stade peu avancé, on peut injecter des cytokines pour relancer la fonction immunitaire de l'organisme. Par ailleurs, de nouveaux traitements d'immunothérapie sont en cours d'élaboration. Ils consistent à produire comme un « vaccin » qui stimule l'activité du système immunitaire du patient contre sa tumeur.

3.7. Greffe de moelle osseuse

Ce traitement est utilisé seulement dans les cancers qui touchent les cellules immunitaires, dans le traitement de certains cancers et maladies hématologiques. Le prélèvement demande une compatibilité tissulaire très étroite avec le receveur. Pour faciliter l'accès à ces greffes, une banque de moelle existe au niveau national et européen mais la situation des personnes en attente reste critique. En pratique, cette approche thérapeutique est conduite en deux étapes distinctes. Au cours de la première, la moelle osseuse du patient est détruite par chimiothérapie ou radiothérapie à fortes doses afin d'éliminer les cellules tumorales. Le patient se retrouve alors momentanément dépourvu de système immunitaire. Il doit absolument être protégé de toute infection et c'est la raison pour laquelle on le place en chambre stérile. Lors de la seconde étape du traitement, le patient reçoit une greffe de cellules souches qui permettra de reconstituer rapidement la moelle détruite. Le greffon peut être un échantillon de moelle préalablement prélevé au malade. On parle d'autogreffe. Cette option n'est envisageable que si le cancer ne touche pas les cellules de la moelle. Le patient peut aussi recevoir la moelle d'un donneur (allogreffe) ou encore du sang de cordon ombilical, riche en cellules souches, provenant d'une banque de sang de cordon.

3.8. Corticothérapie

Les corticoïdes sont anti-inflammatoires, immunosuppresseurs, inhibiteurs de la prolifération cellulaire. Comme traitement de fond, c'est un traitement validé des leucémies, des lymphomes, de la maladie de Hodgkin et du myélome multiple (Annexe 2). Comme traitement de support, ils sont employés de façon beaucoup plus générale dans les traitements palliatifs. Ils sont prescrits, en urgence, dans le traitement de l'hypercalcémie, de métastases entraînant des compressions. Enfin, comme adjuvant à la chimiothérapie, une corticothérapie est associée systématiquement aux taxanes (Annexe 2), d'une part pour prévenir certains effets secondaires et d'autre part pour potentialiser leur effet.

3.9. Radiofréquence

La radiofréquence (Annexe 4) est devenue un traitement efficace lors de la prise en charge thérapeutique des métastases hépatiques (notamment de cancers colorectaux) et du carcinome hépatocellulaire (CHC). Dans ces deux types de tumeurs, le traitement chirurgical (et la transplantation lors du CHC) représente la seule thérapeutique curative. Malheureusement, moins de 20% des patients initiaux sont des candidats à la chirurgie, avec une survie à cinq ans comprise entre 20 et 40% (Choi et al., 1990 ; Franco et al., 1990). De ce fait, il faut insister sur l'intérêt des thérapeutiques générales (chimiothérapie) et locales parmi lesquelles la radiofréquence. Le passage d'une onde de radiofréquence à travers un tissu vivant est responsable d'une élévation de la température tissulaire sans causer d'excitation neuromusculaire. Ce phénomène est à la base de l'utilisation chirurgicale du bistouri électrique. Le principe de base de la radiofréquence est donc l'application d'un courant alternatif (dont la fréquence est située entre 300 et 500 kHz) délivré par un générateur de radiofréquence connectée à une aiguille-électrode, avec création d'un circuit électrique entre cette électrode positionnée dans la tumeur et de larges plaques de dispersion sur le patient. Comme la résistance du tissu est importante en comparaison de celles des électrodes métalliques, il se produit une agitation ionique dans la tumeur et les tissus placés immédiatement au contact de l'électrode aiguille. Cette agitation ionique est responsable d'une chaleur de friction qui s'étend aux tissus adjacents par conduction et génère donc une nécrose de coagulation

Le monde de la cancérologie se déploie rapidement et bénéficie des progrès accomplis en matière de recherche. Dans ce milieu en évolution constante, les problématiques des patients

se modifient au même rythme (Grassi & Travado, 2008 ; Gysels et al., 2004). La médecine est marquée par l'accroissement permanent des données publiées et le développement rapide de nouvelles techniques qui modifient continuellement les stratégies de prise en charge préventive, diagnostique et thérapeutique des malades.

L'amélioration des taux de survie au cancer fut la condition nécessaire à la naissance d'un nouveau type de patients, ceux que l'on compte parmi les « survivants possibles du cancer ». Cette catégorie existait bien sûr auparavant puisque, comme le montrent les tableaux de l'évolution des taux de survie, on pouvait aussi, il y a vingt ans, survivre à cette maladie pendant plusieurs années. Cependant, il y a vingt ans, l'oncologie n'existait pas comme discipline et la recherche sur le cancer n'avait pas encore connu l'essor, du moins en termes de quantité de chercheurs et de fonds alloués aux projets, qu'elle connaît aujourd'hui. Les survivants du cancer n'avaient pas le statut qu'on leur reconnaît aujourd'hui : plus nombreux, ils sont peu à peu devenus l'espoir de la recherche et la preuve concrète de la possibilité de survie au cancer, d'autant plus qu'en réalité, les taux de survie se sont réellement améliorés.

La recherche biomédicale trouve entre autres sa pertinence au niveau des retombées positives qu'on peut potentiellement déceler concrètement au plan clinique. En oncologie, une telle pertinence s'est ainsi construite dans les gains appréciables qu'on a pu conquérir en termes d'années de vie supplémentaires pour le patient, obtenues après un traitement appliqué avec succès. Une meilleure connaissance du processus d'évolution de la maladie et la modification lente des attitudes de la population en rapport avec la détection des signes du cancer ont entraîné l'augmentation du nombre de diagnostics précoces. Si on ne connaît pas entièrement la maladie, on la connaît mieux et on la diagnostique plus tôt. Or, un diagnostic établi au début de la maladie permet de traiter la tumeur avant que ne soit enclenchée la formation des macro-métastases. Le traitement d'une tumeur bien localisée est très souvent réalisé avec succès. Les années de vie supplémentaires gagnées pour les patients se sont accompagnées d'un ensemble d'autres améliorations au niveau de leurs conditions de vie, dans l'environnement thérapeutique et dans l'environnement social.

L'évolution actuelle des connaissances a grandement modifié cette scène quelque peu dramatique, avec l'amélioration tant des techniques chirurgicales que de traitements par chimiothérapie, radiothérapie, ou encore par radiofréquence, hormonothérapie, thérapies ciblées, … . On a aussi beaucoup amélioré le sort des individus en mettant au point des prothèses mieux adaptées pour le confort du patient. C'est le cas, par exemple, des prothèses mammaires et des nouveaux appareils en stomathérapie (Annexe 2).

3.10. Effets secondaires des traitements

L'importance des suites opératoires est considérable : des suites simples permettent la pratique rapide de gestes complémentaires indispensables qui augmentent considérablement les chances de survie des patients (Annexe 5 à Annexe 10). A l'inverse, des suites difficiles, éventuellement compliquées d'infections, de fistules, d'hémorragies, d'obligation de reprise opératoire, ralentissent la mise en place de ces thérapeutiques complémentaires.

4. LA PRISE EN CHARGE EN ONCOLOGIE

L'Institut National du CAncer (INCa) a été créé en 2004 pour jouer un rôle fédérateur et coordonnateur dans le domaine de la cancérologie (Annexe 11). Il a pour mission d'initier et de soutenir la politique nationale en cancérologie et notamment d'observer et d'évaluer le dispositif de lutte contre le cancer, de mettre en œuvre, financer et coordonner des actions de recherche et de réaliser, à la demande des ministres concernés, toute expertise sur les questions relatives à la cancérologie et à la lutte contre le cancer. L'INCa a produit une première ébauche d'un état des lieux dès 2007, répond désormais à l'une des mesures du plan cancer 2009-2013 qui prévoit la publication annuelle d'un rapport de synthèse sur les données relatives aux cancers et les principaux indicateurs de la politique de lutte contre les cancers (INCa, 2009a). Parallèlement, des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) ont été mis en place au sein des établissements. Ce sont des cellules opérationnelles chargées de développer une politique qualité dans la prise en charge et le parcours du patient. Les 3C ont notamment pour rôle de s'assurer de la mise en œuvre effective de la pluridisciplinarité en organisant et fédérant les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP). Mais que se passe-t-il durant la consultation avec l'oncologue ?

Basculant dans une identité de « malade », le patient se rend chez son médecin qui a la responsabilité de lui annoncer le contexte de la maladie, le plan personnalisé de soins, la nécessité de l'observance du traitement, etc… . L'annonce du cancer est un moment singulier, qui allie une nécessaire violence des mots, ressentie par les protagonistes et met en jeu une confiance mutuelle indispensable à l'alliance thérapeutique et au contrat relationnel entre médecin et patient. Le dispositif d'annonce correspond à une ou plusieurs consultations dédiées à l'annonce du diagnostic de cancer, puis à la proposition d'une stratégie thérapeutique définie lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire. Le projet thérapeutique est

présenté et expliqué au malade. La décision thérapeutique, comprise et acceptée par ce dernier, lui sera ensuite remise sous forme d'un programme personnalisé de soin. Cependant, le dispositif d'annonce englobe, dans sa prise en charge du patient, les différentes étapes possibles de la maladie cancéreuse. Il ne se résume donc pas à l'annonce du cancer primitif, mais s'étend à l'annonce d'une possible récidive cancéreuse, d'une phase palliative voire de la fin de vie.

Annoncer la récidive d'une maladie cancéreuse, c'est d'abord annoncer la reprise de la maladie après un temps de rémission plus ou moins long, plus ou moins court, temps où on avait parfois même parlé de guérison. C'est donc, en cancérologie, une « deuxième annonce » à potentiel doublement traumatique, de par le caractère éminemment anxiogène de l'annonce de tout cancer, mais aussi du fait de la réactivation du traumatisme qu'a pu constituer la première annonce effectuée dans le passé. La difficulté à intégrer cette étape redoutée dans toute pathologie cancéreuse peut être simplifiée par les repères acquis lors du premier épisode, ou à l'inverse, compliquée par la vulnérabilité séquellaire, notamment lorsque le patient avait acquis une certitude de guérison. Annoncer une récidive, c'est annoncer la nécessité de reprise de traitements dont le patient connaît déjà le poids et l'impact, et dont la représentation sera marquée par le vécu du premier épisode. Annoncer une récidive, c'est enfin admettre l'échec du premier traitement et par conséquent les limites du savoir et de la toute-puissance médicale. La survenue d'une récidive constitue ainsi une situation particulièrement éprouvante, tant pour le patient concerné et ses proches, que pour le médecin à qui revient cette mission d'information. Annoncer une récidive ou une récurrence présente un certain nombre de caractéristiques communes. Toutefois la récurrence cancéreuse comporte, par définition, un certain nombre de spécificités qui, selon les cas, vont venir alourdir ou atténuer son potentiel traumatique : d'une part, la désillusion du patient peut être encore plus cruelle car, parfois à juste titre, il pouvait se sentir guéri de son cancer antérieur. D'autre part, comme il s'agit d'un nouveau cancer, l'angoisse du patient peut se révéler moindre que s'il s'agissait d'une récidive, puisque tout se passe comme si, pour ce nouveau cancer, le patient avait « à repartir de zéro », « tous les espoirs étant permis ».

Au sens strict, la « récidive » d'une maladie signifie sa réapparition après une période où elle paraissait guérie, ce qui la distingue de la « rechute », qui implique une reprise évolutive d'une pathologie en voie de régression. Néanmoins, ces subtilités sémantiques ne sont pas aussi précises dans la pratique. En cancérologie, les deux termes sont en fait fréquemment utilisés l'un pour l'autre. En toute rigueur, le terme de « récurrence » est préférable à celui de

récidive lorsqu'il s'agit d'un nouveau cancer, indépendant du cancer antérieur mais éventuellement favorisé par les mêmes facteurs de risque. Un tel « nouveau cancer » peut toucher le même organe ou concerner un site différent. La récidive peut être locale ou métastatique.

Un élément important à considérer dans la prise en charge d'un patient, est aussi que l'efficacité de la chimiothérapie peut être limitée par les phénomènes dits « de résistance ». Les cellules cancéreuses possèdent ou acquièrent la possibilité de contourner les mécanismes d'action des médicaments de chimiothérapie. Certains types de cancers peuvent être naturellement résistants à beaucoup de médicaments. D'autres sont d'abord sensibles mais développent des capacités de résistance en cours de traitement. Ceux-ci deviennent moins efficaces au fil des cures. Il existe de nombreuses résistances croisées expliquant l'échec de médicaments non encore utilisés chez les patients, mais contre lesquelles les cellules cancéreuses se sont déjà protégées. Les mécanismes de résistance sont à l'origine de l'échec primaire ou secondaire des chimiothérapies (on parle ainsi de première ligne de chimiothérapie, de seconde ligne, etc…). Aussi, le problème soulevé relève directement de la question des possibilités thérapeutiques des traitements et du partage de l'incertitude avec le patient. De plus en plus, le corps médical essaye de chroniciser les cancers « incurables ». Ils tentent de ne plus en faire des maladies automatiquement mortelles mais chroniques. Il est vrai que la recherche fait des progrès considérables et que l'on voit apparaître régulièrement des traitements moins lourds, plus « confortables », plus supportables, traitements qui permettent de mener une vie « normale » malgré la présence du cancer. Mais il est difficile d'admettre pour le patient qu'il devra encore et encore subir des traitements lourds, quotidiens pour assurer sa survie.

Ces dernières considérations s'avèrent essentielles à prendre en compte, notamment dans cette étude, car elles participent de son ajustement psychologique dans la mesure où l'on s'intéresse au parcours d'un patient ou plus précisément et présentement ici, à son vécu de la détresse émotionnelle dans le temps.

En Mars 2008, dans le cadre du Plan Cancer (la mesure 67 qui prévoyait la réalisation par la DREES, d'une première étude autour de la qualité de vie des patients atteints de cancer), la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Ministère de la Santé), l'Inserm (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), l'Institut National du Cancer (INCa) et la Ligue nationale contre le cancer présentent les résultats de la première grande enquête représentative de l'ensemble des malades, réalisée auprès de 4270

personnes adultes, sur leurs conditions de vie deux ans après le diagnostic d'un cancer. De cette grande enquête, il ressort qu'une majorité de Français considère que le cancer est souvent héréditaire. Cette opinion est plus fréquente parmi les plus diplômés, les femmes et ceux qui ont déjà eu un proche atteint d'un cancer. En revanche, seulement 6,7 % des personnes interrogées croient à la contagion de certains cancers. Il s'agit plus fréquemment de personnes peu diplômées, d'ouvriers, de personnes au chômage, âgées de moins de 25 ans ou de 65 ans et plus. L'enquête révèle que le moment du diagnostic est un des moments les plus intenses de la relation entre un malade et son médecin. Pour une personne sur cinq, le diagnostic n'a pas été annoncé, en 2002, en face à face, plus d'une sur quatre déclare avoir ressenti cette annonce comme « trop brutale ». Ce sentiment de brutalité de l'annonce n'est pas lié à la localisation du cancer, mais à des variables sociodémographiques comme le fait d'être une femme, d'être jeune, d'avoir un niveau d'études inférieur au baccalauréat, d'être agriculteur ou ouvrier ou encore au fait de ne pas avoir reçu cette annonce en face-à-face. L'étude permet d'associer un certain nombre de facteurs aux stratégies utilisées par les patients pour faire face et s'adapter à la maladie. Ainsi, le fait d'être jeune, d'être une femme, d'avoir encore des enfants à charge, d'avoir un haut niveau d'études, des revenus élevés, d'être cadre ou d'appartenir à une profession intermédiaire favorise l'esprit combatif et atténue le sentiment de détresse. Pour sa part, la détresse est fortement déterminée par les représentations que le malade se fait de son état de santé, par le sentiment de conserver des séquelles de la maladie et des traitements. Elle permet de confirmer que le suivi psychologique est indispensable pour les malades atteints d'un cancer. Au moment du diagnostic, 11% des personnes interrogées y ont eu recours, et 18% auraient souhaité en bénéficier mais n'en ont pas eu.

La qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer est logiquement moins bonne que celle de la population générale, en particulier en cas de cancer du poumon, des VADS (Voies Aéro-Digestives Supérieures) et d'hémopathies malignes. Si la qualité de vie physique est plus ou moins altérée selon la localisation des cancers (altération liée aux traitements), la qualité de vie mentale ne serait influencée par aucune variable clinique. Ce serait davantage les séquelles tes traitements et les variables sociodémographiques qui détermineraient la qualité de vie. Il n'y aurait pas de différence significative sur la qualité de vie physique. 35 % de la variance de la détresse émotionnelle serait expliqué par des variables sociodémographiques. C'est un résultat nouveau qu'aucune autre étude n'avait mis en évidence.

CHAPITRE II : APPROCHE PSYCHOLOGIQUE DU CANCER

La santé est définie depuis 1947 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) non seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité mais aussi comme un état de bien-être complet physique, mental ou social (OMS, 1994). Néanmoins, lorsque la maladie touche l'individu, l'équilibre interne et externe est alors déstabilisé. Deux questions arrivent simultanément dès l'annonce de la maladie cancéreuse : « Pourquoi moi, pourquoi maintenant ? » et « vais-je survivre, vais-je guérir ou vais-je mourir ? ». De façon froide, l'annonce interroge ainsi le patient dans la dimension de son histoire, de sa vie et de son vécu, mais aussi dans celle de la capacité de son corps à répondre à des traitements pour se soigner voire guérir et encore, dans la dimension de sa possible mort prématurée. A ces moments-là de bascule voire de rebascule dans la maladie, le psychisme doit alors gérer des bouleversements, passant par diverses phases de réaménagement psychique, afin de « se protéger » du stress et de « gérer » cette détresse.

1. PARTICULARITE DE LA DETRESSE EMOTIONNELLE EN ONCOLOGIE

1.1. Détresse, troubles psychopathologiques et qualité de vie

La détresse est la traduction du concept américain de « *distress* ». Ce concept est particulièrement employé car il est mieux accepté par les patients, qui le trouvent moins stigmatisant que les étiquettes psychiatriques. Il souligne le caractère « normal » voire légitime des réactions d'une personne à la maladie et aux traitements. La détresse se définit donc comme « une expérience désagréable de nature émotionnelle, psychologique, sociale ou spirituelle qui interfère avec la capacité à faire face aux traitement du cancer. Elle s'étend sur un continuum, qui va des sentiments normaux et habituels de vulnérabilité, de tristesse, de peur, jusqu'aux problèmes aigus de dépression, d'anxiété, de panique, d'isolement, de crise spirituelle » (Holland et al., 1999). Néanmoins, ce concept n'est guère facile à situer, étant relativement proche de celui de douleur, d'anxiété ou encore de dépression et il ne relève d'aucune « catégorie » telle que définie par les manuels de classification nosographique en psychiatrie, qu'il s'agisse du Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) (APA, 1994) ou de la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) (OMS, 1994). Si l'on se réfère à ces classifications psychiatriques, un certain nombre

de troubles psychopathologiques peuvent être observés dans le contexte du cancer (Grassi, 2008 ; Ronson, 2004, 2005). Il s'agit principalement :

- de troubles de l'humeur : troubles de l'adaptation[1] avec humeur dépressive, épisode dépressif majeur[2] sans ou avec caractéristiques psychotiques, dysthymie[3] (Aapro & Cull, 1999 ; Chochinov, 2001 ; Fann et al., 2008 ; Hopko et al., 2008 ; Massie, 2004 ; Pirl., 2004 ; Razavi et al., 1990 ; Razavi & Delvaux, 2008)
- - de troubles anxieux : troubles de l'adaptation avec humeur anxieuse, syndrome de stress aigu ou syndrome de stress post-traumatique[4], troubles de type phobique, troubles

---

[1] Selon les critères du DSM-IV (APA, 1994) pour le diagnostic du trouble de l'adaptation:
A. Développement de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci (ceux-ci).
B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent (1) soit une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteurs de stress (2) soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (ou scolaire).

[2] Selon le DSM-IV (APA, 1994)
A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins Un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalée par le sujet (par exemple : se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple : pleure).
2. Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observé par les autres)
3. Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (par exemple : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5%) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire prier ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalées par le sujet ou observées par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.
C. Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale (par exemple hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

[3] Perturbation de l'humeur se caractérisant soit par une excitation soit au contraire une dépression, une anxiété.

[4] Réaction psychologique consécutive à une situation durant laquelle l'intégrité physique et/ou psychologique du patient et/ou de son entourage a été menacée et/ou effectivement atteinte (accident grave, mort violente, viol, agression, maladie grave, guerre, attentat,...). La réaction immédiate à l'événement aura été traduite par une peur intense, par un sentiment d'impuissance ou par un sentiment d'horreur. Le SSPT survient parfois à la suite de la réaction aiguë de stress à la situation anxiogène mais il peut aussi apparaître beaucoup plus tard (après plusieurs semaines, ou plusieurs mois). Si un terrain psychologique ou psychiatrique fragile (dépression, anxiété, …) peut

d'anxiété généralisée, troubles obsessionnels compulsifs[5] (Mehnert & Koch, 2007 ; Razavi et al., 1990 ; Ronson, 2005)

- de troubles somatoformes : somatisation, conversion[7], trouble douloureux, hypochondrie, dysmorphie corporelle, trouble somatoforme

On peut observer par ailleurs de façon plus minoritaire en nombre des troubles psychotiques et des troubles cognitifs, ainsi que des troubles de la personnalité. Pour autant, ces troubles, dont le diagnostic est aisé dès lors que l'on se réfère à la nosographie psychiatrique, sont très loin de refléter l'ensemble des manifestations psychopathologiques observées dans le cadre du diagnostic de cancer, de ses traitements et de ses séquelles. Ainsi, un grand nombre de ces troubles sont rapportés « par défaut » à des troubles de l'adaptation alors qu'ils recouvrent diverses difficultés fréquemment rapportées dans le champ de la maladie somatique, telles que les préoccupations pour sa santé, l'humeur irritable, le sentiment de démoralisation, le déni de la maladie ou encore les comportements de surveillance inappropriée, non pris en compte dans la définition nosographique du trouble de l'adaptation. Il existe une comorbidité importante entre les troubles de l'humeur et les troubles dépressifs, puisque, selon Manzanera, Lafay, Papet & Senon (2003), il apparait que 58,8% des patients ayant un trouble de l'humeur présentent également un trouble anxieux, et qu'inversement 62,5% des patients ayant un trouble anxieux souffrent aussi d'un trouble de l'humeur.

Ces diverses entités cliniques sont probablement mieux caractérisées par le système de critères diagnostiques, issu de la recherche en psychosomatique et proposé par des équipes italiennes (Fava, Mangelli, & Ruini, 2001 ; Galeazzi et al., 2004), puis Grassi et al. (2004, 2007a, 2007b) pour ce qui est de son implantation dans le champ de la cancérologie. Ce système comporte une série de douze syndromes (tels que, par exemple, préoccupations pour sa santé, thanatophobie,[6] déni de la maladie, somatisation persistante, symptômes conversifs[7], irritabilité ou alexithymie[8]). Ces syndromes décrivent plus finement les différentes manifestations cliniques en milieu somatique susceptibles de retentir sur la qualité de vie et

---

augmenter le risque de développer un SSPT, une expérience traumatisante peut, à elle seule, faire apparaître un SSPT chez des personnes ne présentant aucun antécédent.

[5] Le trouble obsessionnel compulsif (abrégé TOC) est un trouble anxieux caractérisé par l'apparition récurrente de pensées intrusives liées ou non à une phobie. Ces pensées dites obsessions génèrent des angoisses qui, selon certaines théories psychiatriques, seraient la cause des compulsions observés chez ces patients. Ces compulsions sont des séries de gestes reconnus comme irrationnels par le malade mais néanmoins répétés de façon ritualisée et envahissante parfois jusqu'à la mise en danger de sa propre vie. Les symptômes peuvent s'exprimer de façon très variable d'un patient à l'autre (incluant phobie de la saleté, lavage des mains, vérifications, obsessions sexuelles).

[6] Peur pathologique de la mort, sentiment exagéré de trouble, d'inquiétude, de peur, lié à la mort.

[7] Expression somatique d'un conflit psychique

[8] Incapacité à exprimer ses émotions

sur les interactions médecin-patient (Fabbri et al., 2007). Cependant, cette catégorisation a été peu diffusée et peu utilisée jusque-là sur le terrain de l'oncologie. Il semblerait que ce soit donc dans ce contexte que, en amont des troubles psychopathologiques structurés, la notion de détresse a pris place.

D'un continent à l'autre (Brédart, Dolbeaut & Razavi, 2009 ; Bultz & Carlson, 2005 ; Grassi & Travado, 2008), que ce soit en Amérique du Nord (Carlson. & Bultz, 2003 ; Carlson, et al., 2004 ; Jacobsen et al., 2005 ; Roth et al., 1998 ; Zabora, Brintzenhofeszoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001), en Asie (Akizuki et al., 2003 ; Kugaya et al., 1998, 2000 ; Ozalp, Cankurtaran, Soygur, Geyik, & Jacobsen, 2007), en Afrique (Bérard, Boermeester, & Viljoen, 1998) ou en Europe (Aass, Fossa, Dahl, & Moe,1997 ; Brédart et al., 1999 ; Gil, Grassi, Travado, Tomamichel, & Gonzalez, 2005 ; Razavi et al., 1992 ; Razavi & Delvaux, 2008 ; Razavi & Stiefel, 1994 ; Reuter. & Härter., 2001 ; Strong et al., 2007), on peut en définitive rapporter des chiffres assez convergents : un taux de prévalence de la détresse allant de 35 à 45% et jusqu'à 58% chez les patients en phase palliative (Grabsch et al., 2006 ; Kissane et al., 1998). Il est donc couramment admis, depuis une trentaine d'années, que les niveaux de détresse sont élevés chez les personnes atteintes de cancer (Aapro & Cull, 1999 ; Chochinov, 2001 ; Hopko et al., 2008 ; Massie, 2004 ; Nezelof & Vandel, 1998 ; Pirl., 2004 ; Razavi et al., 1992 ; Razavi & Delvaux, 2008 ; Sellick & Crooks, 1999 ; Van't Spijker, Trijsburg & Duivenvoorden, 1997 ; Zabora, Blanchard & Smith, 1997).

Globalement, ces études rapportent des taux de prévalence variant de 10% à 60% (Atesci et al., 2004 ; Kadan-Lottick, Vanderwerker, Block, Zhang & Prigerson, 2005 ; Kissane et al., 2004 ; Mehnert & Koch, 2007 ; Okamura, Yamawaki, Akechi, Taniguchi & Uchitomi, 2005 ; Singer et al., 2005 ; Stark et al., 2002 ; Wilson et al., 2007). Si les épisodes dépressifs majeurs[2] ne sont pas l'expression la plus typique en cancérologie (6 à 10% de prévalence), la symptomatologie dépressive associée aux troubles de l'adaptation apparaît comme prépondérante. Les personnes atteintes de cancer auraient plus de troubles de l'adaptation que les populations consultant en psychiatrie (Fann et al., 2008 ; Llorente et al., 2005 ; Nezelof & Vandel, 1998 ; Sellick & Crooks, 1999 ; Razavi & Stiefel, 1994). Bennett & Badger (2005) ont établi une revue de la littérature sur les troubles anxio-dépressifs présents chez les patients atteints d'un cancer et indiquent que 48% des patients cancéreux, tous cancers confondus, souffrent d'anxiété. Plus précisément, de 10 à 20% sont anxieuses avant le traitement et de 21 à 54% pendant et après le traitement. Certaines développent des troubles de l'adaptation (28,3%), une agoraphobie (15%), un trouble anxieux généralisé (9%), un trouble panique

(6%), un Syndrome de Stress Post-Traumatique (S.S.P.T.) (5%), des phobies spécifiques (2,3%), des troubles obsessionnels compulsifs (T.O.C.) (1,1%) ou des troubles de la personnalité (1,1%) (Fritzscher, Burger, Hartmann, Nübling & Spahn, 2005 ; Manzanera, Lafay, Papet & Senon, 2003 ; Stiegelis et al., 2004). La comorbidité entre les troubles anxieux et les troubles de l'humeur serait aussi très fréquente chez les patients atteints de cancer (Kadan-Lottick et al., 2005 ; Stark et al., 2002 ; Wilson et al., 2007)

Si, pour certains auteurs, la période la plus stressante d'un parcours de soin de patientes atteintes de cancer, se situe autour de l'annonce du diagnostic et de la période post-opératoire, il n'en demeure pas moins que la persistance d'une détresse élevée chez des patientes, à un an après la chirurgie pour un cancer du sein est supérieure à 30 % (Glanz & Lerman, 1992 ; Harrison & Maguire, 1994 ; Schou, Ekeberg, Sandvik, Hjermstad, & Ruland, 2005 ; Black & White, 2005). 70 % des patients présenteraient un épisode dépressif lors de l'annonce et le taux de suicide serait multiplié par quatre dans les six mois après l'annonce du diagnostic (Llorente et al., 2005). Il existerait 15 à 30% de troubles émotionnels (anxiété, dépression) dans un délai d'un à deux ans après l'annonce diagnostique (Bleiker, Pouwer, Van der Ploeg, Leer & Ader, 2000 ; Millar, Purushotham, McLatchie, George & Murray, 2005).

Les taux de détresse psychologique, de dépression, d'anxiété tendent à diminuer durant la première année après la chirurgie (ANAES, 2000). Cependant, après la fin de la première année, un taux résiduel de ces troubles persisterait. La méta-analyse de Van't Spijker et al. (1997) montre que l'anxiété des patients décroît avec le temps, mais pas la dépression. Pour Kornblith (1998) qui propose une synthèse des études sur l'adaptation psychologique des personnes en rémission, 20% d'entre elles conservent un échec adaptatif à long terme. Comparées à une population de référence sans maladie, ces personnes présentent plus de dépression : 64% rapportent des symptômes anxieux et dépressifs et 4% à 10% présentent un diagnostic de stress post-traumatique. Spiegel et al. (1999) concluent que bien que certaines études rapportent une bonne adaptation à long terme des patientes atteintes de cancer du sein, certaines montrent que la détresse psychologique reste élevée à 18 mois après le diagnostic. Bien que la détresse tende à diminuer avec le temps, Spiegel & Moore (1997) rappellent que 20% des patients présentent une sérieuse détresse six mois après leur traitement initial, que 20% à 45% conservent une hyperémotivité un à deux ans après et que 10% conservent des problèmes adaptatifs sérieux à six ans. Dean (1987) a trouvé que 18% des femmes conserve une dépression mineure persistante à douze mois, alors que le taux de dépression majeure diminue à 9.7% à trois mois et à 4.5% à douze mois, ce qui est comparable avec la prévalence

dans la population normale. Hughson, Cooper, Mc Ardle & Smith (1988) ont montré que sur deux ans, la dépression et l'anxiété diminuaient respectivement de 32% à 13% et de 21% à 13%. D'autres études corroborent le fait d'une diminution nette de la détresse psychologique avec le temps (Lee et al., 1992 ; Stanton & Snider, 1993). En résumé, l'ensemble des études s'accordent pour souligner la baisse de la détresse avec le temps, mais qu'environ 20% des personnes présentent encore de la détresse psychologique à un an, les taux de troubles majeurs se réalignant sur ceux de la population générale.

En ce qui concerne la période de récidive, de nombreuses études indiquent que plus de 40 % des patientes présentent un désordre d'ajustement et/ou un épisode dépressif, suggérant ainsi que l'impact de l'annonce d'une récidive cancéreuse soit suffisamment important pour être pris en considération sur le plan du bien-être psychologique des patientes (Akechi, Okamura, Nishiwaki & Uchitomi, 2001 ; Andersen, Carpenter, Yang & Shapiro, 2005 ; Derogatis et al., 1983 ; Kugaya et al., 2000). De plus, Cella, Mahon & Donovan (1990) montrent que la récidive d'un cancer engendre plus de détresse et de problèmes d'adaptation que le premier diagnostic de cancer. Plusieurs recherches indiquent que la détresse psychologique peut conduire à de sérieuses conséquences chez des patients présentant un cancer avancé. Ainsi, la détresse émotionnelle associée à un sentiment d'impuissance, apparaît comme être un facteur important quant à l'évolution adaptative de la maladie cancéreuse, et notamment lors de récidive. L'étude de Burgess et al. (2005) menée auprès de 222 femmes suivies cinq ans après l'annonce d'un cancer du sein montre la persistance d'une anxiété et d'une dépression importante la première année suivant le diagnostic. Groenwold et al. (2007) se sont intéressés à l'association entre la détresse psychologique (évaluée auprès de 1588 patients à qui l'on vient d'annoncer une récidive cancéreuse) et leur survie. Selon eux, une détresse psychologique peu élevée et une fatigue faible prédiraient indépendamment, une survie sans récidive plus longue.

Tous les auteurs évoquent les variations importantes des prévalences selon les études qui compliquent l'aboutissement à une conclusion ferme. En effet, d'un part, les difficultés à comparer les études entre elles viennent de la non-précision de la durée étudiée, or la prévalence varie beaucoup selon qu'elle est évaluée sur une durée déterminée ou sur la vie entière. D'autre part, les différences dans les critères de diagnostic et les outils utilisés (dépistage ou diagnostic, questionnaire ou entretien), ne favorisent pas la comparaison. Les autres points de divergence concernent la méthode de recrutement des personnes (au hasard ou présélectionnées par les équipes soignantes), la population étudiée (variant selon le type de

cancer, le stade évolutif de la maladie, le mode de traitement). A un niveau plus large, le type de protocole choisi et l'année de publication sont aussi à prendre en compte dans la comparaison des études. En effet, les études longitudinales rapportent en général moins de détresse que les études transversales.

De plus, à cette détresse s'ajouteraient souvent d'autres symptômes tels que la fatigue ou la douleur (Watson & Bultz, 2008) ou encore des problèmes matériels ou financiers (Zabora, Brintzenhofeszoc, Curbow, Hooker & Piantadosi, 2001 ; Carlson et al., 2004). Un certain nombre d'études récentes portant sur la dépression en cancérologie font référence à la notion de « cluster ». Ce terme se définit par la notion « d'ensemble, de paquet, de groupe ou de compartiment ». Ici, il fait référence à un agrégat spatio-temporel de symptômes (Dauchy et al., 2009). L'intérêt principal de raisonner à partir de l'identification de clusters est représenté par le fait d'identifier en vue de traiter, non pas chaque symptôme de façon indépendante (le syndrome dépressif, la douleur, les nausées, la fatigue ...), mais des associations de symptômes très fréquemment simultanés en cancérologie, tels que les ensembles « dépression-douleur-fatigue » (Miakowski & Aouizerat, 2007 ; Miaskowski, Aouizerat, Dodd & Cooper, 2007) ou encore « dépression-nausées-bouffées de chaleur » (Miaskowski, Dodd & Lee, 2004 ; Gwede, Small, Munster, Andrykowski & Jacobsen, 2008).

Des travaux récents ont initié l'étude des possibles fondements biologiques communs aux symptômes qui constituent un cluster, mais aucune démonstration scientifique n'est à ce jour établie (Miaskowski et al., 2007 ; Reich, 2008). Par ailleurs, à notre connaissance, aucune étude n'a, à ce jour, examiné les modalités de prise en charge combinée de ces clusters (Fleishman, 2004). Cependant, le principe de collaboration pluridisciplinaire ou « collaborative care » dans ces contextes de fortes comorbidités est affirmé comme représentant le premier garant d'une prise en charge plus efficiente des dits symptômes (Strong et al., 2008).

Pour Stark & House (2000), il est habituel que les patients aient des pensées de mort récurrentes après l'annonce du diagnostic ou de la rechute, mais elles sont anormales au cours de la rémission. Ils estiment également qu'il est important de préciser que le degré de la menace varie en fonction de l'histoire du cancer (évolution du cancer, rechute, cas de cancer familiaux). En ce qui concerne la dépression et l'anxiété, les résultats sont contradictoires. Dans la recherche de Dorval, Maunsell, Deschênes, Brisson & Masse. (1998) comme dans celle de Mehnert & Koch (2008), la récidive prédit la détresse psychologique, ce qui n'est pas

le cas dans d'autres travaux (Carver et al., 2005 ; Carver, Smith, Petronis & Antoni, 2006 ; Ganz et al., 2002). Dans la lignée de ces derniers, la santé mentale ainsi que les limitations dues à l'état émotionnel sont identiques avec ou sans récidive (Ganz et al., 2002 ; Helgeson & Tomich, 2005). Les résultats ne sont pas non plus concordants sur la dimension sociale qui est, selon les études, indépendante de la récidive (Carver et al., 2005, 2006 ; Dorval et al., 1998 ; Helgeson & Tomich, 2005) ou au contraire dégradée par celle-ci (Ganz et al., 2002 ; Schroevers, Ranchor& Sanderman, 2006). Une étude portant sur l'apparition d'un autre cancer montre que développer un second cancer à moins de quinze mois du premier ne prédit pas la détresse émotionnelle évaluée à six ans du diagnostic du premier cancer, mais prédit en revanche les symptômes post-traumatiques d'intrusion et d'évitement, également évalués six ans plus tard (Lebel, Rosberger, Edgar & Devins, 2008).

Cependant, Worden (1989) ne trouve pas de détresse plus élevée au moment de la récidive (comparé au diagnostic primitif), ce qui pourrait s'expliquer par la meilleure connaissance du système médical par les patients. Ces résultats ne vont pas dans le sens de ceux de Northouse, Dorris & Charron-Moore (1995) et Northouse, Laten & Reddy (1995). En effet, les auteurs notent que les femmes ayant vécu une récidive cancéreuse mammaire disent avoir vécu l'annonce comme plus déstabilisante que l'annonce du cancer primitif et le facteur le plus influent sur le degré de détresse psychologique serait l'altération du fonctionnement physique. En phase terminale, une détresse psychologique élevée est liée à une peur de la souffrance incontrôlable, une peur de laisser ses proches et parfois à la douleur liée à la mort elle-même.

Cependant, ces résultats ne sont pas concordants avec d'autres études. Ainsi, Van't Spijker et al. (1997) trouvent que le stade (basé sur la classification TNM) et le moment de la maladie (diagnostic initial, récidive, phase terminale) ne sont pas corrélés de façon consistante à la détresse psychologique. Selon Hosaka (1996), la prévalence des troubles psychiatriques ne paraît pas liée à la connaissance du diagnostic ni à celui de gravité par le patient. Concernant le risque dépressif en fonction du stade évolutif de la maladie, il semble que ce soit davantage les modalités de prise en charge que le stade évolutif lui-même qui influent sur le risque dépressif (Nezelof & Vandel, 1998).

1.2. L'apport des trajectoires de détresse

Des études récentes se sont penchées sur les trajectoires de détresse de patients, particulièrement durant l'année qui suit l'annonce d'un diagnostic de cancer primitif (Barez, Blasco, Fernandez-Castro & Viladrich, 2007 ; Gallagher, Parle & Cairns, 2002 ; Henselmans, Sanderman, Baas, Smink & Ranchor, 2009 ; Hoskins, Budin & Maislin, 1996 ; Hoskins et al., 1996; Millar, Purushotham, McLatchie, George & Murray, 2005). L'intérêt des trajectoires de développement est qu'elles décrivent l'évolution d'un comportement au fil des âges ou du temps. Ainsi, les chercheurs ont pu mettre en évidence que les patients ne montrent pas un modèle unique de changement ou d'évolution au fil du temps.

Les travaux de Bonanno (2004) sur les trajectoires de sujets confrontés à un traumatisme ont montré qu'il y aurait quatre différents modèles d'adaptation au vécu d'ordre traumatique des événements. Il a pu ainsi identifier une trajectoire de patients « résilients », avec un niveau de détresse bas et qui se maintient dans le temps, une trajectoire dite de « récupération » avec reprise d'un fonctionnement normal, au sein de laquelle, après des niveaux initialement élevés de détresse, les patients expriment une détresse moins importante par la suite, ainsi qu'une trajectoire de patients qui ont un niveau constant de détresse élevé dans le temps (perturbation chronique). Enfin, un dernier groupe de patients se distingue et dont la trajectoire de détresse correspondrait à une réponse tardive face à l'événement stressant, la perturbation du fonctionnement des patients étant retardée (*Figure 3*). Ainsi, ce modèle d'ajustement s'appliquerait au contexte de l'annonce de diagnostic de cancer, mais avec plus de diversité de trajectoires car, selon l'auteur, d'autres phases de la maladie peuvent être considérées comme facteurs de stress (les traitements, par exemple). Ne négligeons pas le fait que l'analyse de l'ajustement de ces groupes de patients pourrait masquer des différences individuelles.

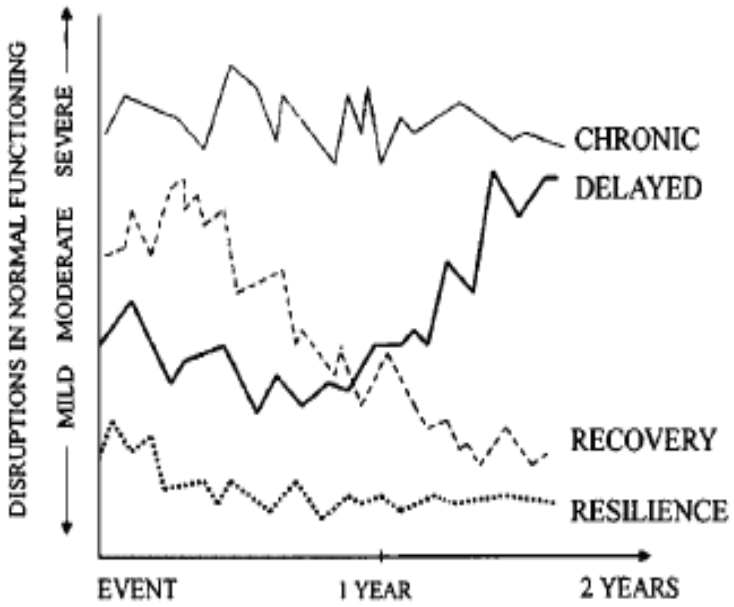


Figure 3 : Trajectoires de détresse de sujets confrontés à un traumatisme (Bonanno, 2004).

À ce jour, seules quelques études ont examiné les modèles de changement dans la détresse chez les femmes présentant un cancer du sein (Deshields, Tibbs, Fan & Taylor, 2006 ; Gallagher, et al., 2002 ; Millar et al., 2005). Dans leurs analyses de trajectoires, les patients sont regroupés en fonction du score inférieur ou supérieur à un seuil de détresse déterminé. Ainsi, dans leur étude auprès de 84 femmes atteintes d'un cancer du sein, Deshields et al. (2006) ont repris le cadre théorique de Bonanno (2004) et ont rapporté que, bien que la plupart des femmes ne serait pas déprimée dans les six premiers mois qui suivent la fin des traitements, quatre trajectoires de détresse ont pu être décrites : l'une présenterait un niveau de détresse constant durant cette période, un autre serait dans une trajectoire dite de « récupération » au sens qu'après des niveaux initialement élevés de détresse, les patientes exprimeraient une détresse moins importante par la suite, un groupe de patientes serait devenu déprimé et un dernier groupe n'aurait pas pu être catégorisé. Ces résultats ont été aussi retrouvés par Gallagher et al. (2002) qui ont suivi 195 femmes jusqu'à six mois après le diagnostic de cancer du sein, et par Millar et al. (2005), qui ont étudié les trajectoires de détresse de patientes, durant la première année qui suit la chirurgie.

Même si ces études ont fourni des informations précieuses sur l'existence de sous-groupes distincts qui présenteraient différents modèles de changement dans l'évolution de la détresse, elles ont également et clairement démontré que ces femmes ne suivent pas une seule et même trajectoire de détresse. Néanmoins, Millar et al., 2005 ont pointé le biais méthodologique lié à la prise en compte dichotomique des scores de détresse (score inférieur ou supérieur à un seuil

de détresse déterminé) afin de déterminer les sous-groupes. Pour ces auteurs, l'utilisation de ce seuil pourrait exagérer les différences entre les patientes et ainsi créer une variabilité qui ne serait pas représentative. A notre connaissance, l'étude de Helgeson, Snyder & Seltman (2004) est l'une des rares qui a identifié des trajectoires de détresse après l'annonce d'un cancer du sein en utilisant l'éventail complet des scores. Les auteurs ont suivi pendant quatre années, 363 patientes ayant un diagnostic de cancer du sein. En dépit d'une détresse élevée jusque quatre mois après le diagnostic, un groupe important composé de 43% des femmes a maintenu un bon fonctionnement mental durant les quatre années suivantes. Un autre groupe (20% des femmes) a montré une amélioration modeste mais régulière au cours du temps. Deux autres groupes, cependant, ont montré des trajectoires d'ajustement très différentes. Présentant un niveau de détresse important après l'annonce du diagnostic de cancer, l'un des deux groupes (27%) a noté une nette amélioration au bout de 13 mois avec une diminution de la détresse, qui est restée stable durant le reste du temps, alors que la détresse émotionnelle du plus petit groupe (12%) a augmenté de façon constante et s'est stabilisé à environ 19 mois après l'annonce du diagnostic. Les auteurs ont ainsi confirmé que les niveaux de détresse évoluent, pour la plupart des femmes, durant la première année qui suit le diagnostic et que le temps était un facteur important pour certains groupes de femmes.

Très récemment, Henselmans et al. (2010a) ont étudié les changements significatifs de détresse émotionnelle auprès de 171 femmes, durant la première année qui suit le diagnostic de cancer du sein en prenant les scores de détresse en variable continue et non dichotomiques, comme l'étude de Helgeson et al. (2004). La plupart des études longitudinales, y compris l'étude des trajectoires de Helgeson et al. (2004), ont mis l'évaluation de la détresse uniquement en lien au temps écoulé depuis le diagnostic ou la chirurgie (Akechi et al, 2006 ; Henselmans et al, 2009 ; Van de Wiel, Geerts & Hoekstra-Weebers, 2008), sans tenir compte du fait que les différences observées pouvaient être liées à des moments particuliers de la prise en charge des patientes. L'intérêt de la recherche de Henselmans et al. (2010a) a été de lier les évaluations à diverses phases-clés de la prise en charge des patientes concernant la maladie (cinq temps d'évaluation : phase de diagnostic, phase après la chirurgie, phase de traitement adjuvant (deux mois après), phase après la fin des traitements et la phase de survie à court terme (six mois après la fin des traitements).

Ainsi, Henselmans et al. (2010a) ont également identifié quatre trajectoires distinctes de détresse psychologique. Un groupe conséquent de femmes (36%) n'aurait pas éprouvé de la détresse durant la première année qui suit le diagnostic. Ces résultats sont en accord avec ceux

des auteurs précédemment cités (Deshields et al, 2006 ; Gallagher et al, 2002 ; Helgeson et al, 2004) et semblent soutenir le nombre croissant de preuves stipulant qu'un nombre important de patients ne rencontrent pas inéluctablement des difficultés psychologiques après l'annonce d'un cancer (Coyne, Palmer, Shapiro, Thompson & De Michele, 2004; Hinnen et al., 2008 ; Van't Spijker et al., 1997). Un deuxième groupe (33%), après avoir éprouvé un niveau de détresse élevée juste après l'annonce du diagnostic et durant la phase de traitement, a vu son niveau de détresse diminuer dans le temps. Cette trajectoire d'évolution de la détresse est décrite comme étant la plus communément rencontrée et rapportée par les études (Barez et al. 2007 ; Henselmans et al, 2009 ; Hoskins et al, 1996 ; Millar et al, 2005 ; Stanton, Danoff-burg & Huggins, 2002). Plus précisément, Henselmans et al. (2010) ont pu montrer que la diminution de la détresse émotionnelle avait lieu dès lors que les traitements en milieu hospitalier étaient terminés. Un troisième groupe de patientes (15%) s'est distingué par le fait que le niveau de détresse a augmenté à la fin des traitements en milieu hospitalier, ce que certains auteurs expliquent par la difficulté qu'ont les patients alors, d'être des « survivants » du cancer (Hinnen et al, 2008 ; Ward, Viergutz, Tormey, De Muth & Paulen, 1992). Un quatrième groupe (15%) présentant un niveau de détresse (élevé) chronique a été décrit.

Sur le versant psychologique, la souffrance psychique rencontrée par de nombreux patients confrontés au cancer entraîne un haut risque de répercussions négatives sur leur qualité de vie. Ainsi, détresse émotionnelle et qualité de vie sont liées. La qualité de vie est fréquemment conçue comme un indicateur subjectif de sante. Le chapitre suivant montre le lien étroit qui existe entre qualité de vie et détresse émotionnelle.

Synthèse :

Ainsi la détresse, dans sa conception holistique, incluse un large éventail de troubles de l'adaptation, troubles dépressifs et troubles anxieux, en proportion variable selon le site tumoral concerné, la population étudiée, l'intensité des symptômes et le type de traitement(s) du cancer (Grassi et al., 2007 ; Mandelblatt et al., 2008). Il s'agit d'un continuum susceptible de fluctuer dans de nombreuses circonstances, d'où la nécessité de travailler avec une approche dimensionnelle plus que catégorielle (Falissard, 2008). Même si l'intensité des symptômes peut justifier d'une prise en charge psycho-oncologique, psychothérapeutique ou médicamenteuse, la détresse psychologique est dans la majorité des cas à appréhender comme une étape nécessaire d'adaptation à la maladie et à la mise en route des traitements. En effet,

ce sont les capacités d'adaptation de chaque individu face à la maladie et à ses traitements qui détermineront en grande partie l'intensité et le devenir de cette détresse émotionnelle. C'est lorsque les symptômes émotionnels et comportementaux, survenant en réponse à un stress, deviennent significatifs et entraînent un retentissement fonctionnel sur la qualité de vie du patient que l'on évoque l'existence d'un trouble de l'adaptation. Celui-ci correspond à un diagnostic psychiatrique à part entière et requiert une conduite à tenir particulière.

Si le bouleversement lié à l'irruption du cancer dans la vie d'un individu en bonne santé ou le retour de la maladie après une période de rémission, représente une donnée stable au sens de « clairement identifiée », en revanche le caractère traumatique de l'expérience de la maladie ne semble pas être une constante. Tous les patients ne traversent pas cette crise émotionnelle et/ou existentielle sous la forme d'une décompensation psychopathologique et la façon qu'ils auront de s'adapter, de s'ajuster un événement et une situation de stress telle que l'annonce d'un cancer primitif ou d'une récidive participe du vécu de cette détresse émotionnelle.

Le chapitre suivant va permettre de saisir la complexité des processus psychologiques en jeu qui participent de cette détresse émotionnelle.

2. L'ANNONCE EN ONCOLOGIE : STRESS ET AJUSTEMENT

2.1. APPROCHES DU STRESS

Aujourd'hui, le stress est un mot que l'on entend souvent, un terme récurrent pour expliquer bon nombre de nos désordres psychiques et physiologiques. Notre société moderne est imprégnée de stress, une vie effrénée, un emploi du temps surchargé, des objectifs de résultats, la pollution, le bruit, l'incertitude socio-économique, la perte de repères, etc… . Le stress est devenu depuis l'ère de la consommation de masse des années 60, l'un des facteurs clé du mal-être généralisé de nos villes. Il a pris une dimension particulière, une place majeure dans nos esprits à tel point que chacun en connaît intuitivement les effets sans connaître forcément ses origines et surtout les méthodes thérapeutiques consistant à le diminuer.

2.1.1. Le stress : demande d'adaptation

Issu du latin « strictus », « stringere », ce terme a pour sens premier « serré, pressé, tendu », et en vieux français « stress » signifie « étroitesse » et « oppression ». La première définition (avant que le terme stress ne devienne synonyme de tension, pression, contrainte, angoisse

permanentes comme le suggère la traduction en anglais) est biologique ou physiologique : « réponse de l'organisme à une agression ». Cette agression peut être physique (blessure, douleurs diverses, choc opératoire, …) ou psychologique (situations alarmantes, menaçantes). Le stress est donc une réponse en fonction d'une exigence : s'adapter pour garder l'équilibre. Il constitue donc un phénomène construit sur une intention positive : s'adapter. Ces recherches étymologiques nous indiquent bien notre ressenti lorsque le stress nous étreint. La gorge et l'estomac se resserre, la trachée artère se rétrécie et un sentiment d'oppression se fait ressentir sur notre être. Les anciens avaient donc vu juste, mais aujourd'hui grâce aux avancées des sciences nous pouvons établir une définition plus précise du stress sur les différents plans de son action, c'est-à-dire le physique et le psychologique.

Il est souhaitable de comprendre tout d'abord le processus physiologique du stress. Lorsqu'un animal rencontre un danger quelconque son cortex reptilien (cerveau primitif, instinctif) lui annonce deux solutions possibles dans le but de faire face au stress physique : la première, la fuite devant le danger. En s'éloignant ainsi de la source du stress, on élimine les signaux externes qui l'ont causé. La deuxième, l'attaque dans le but de supprimer la source du stress et ainsi par là même éliminer les signaux externes qui l'ont fait apparaître. Physiologiquement le stress provoque une accélération du rythme cardiaque, une amplification de la respiration, une élévation de la tension artérielle et une sécrétion d'hormones corticosurrénales. Aujourd'hui notre héritage génétique nous a légué ce même cerveau reptilien sur lequel s'est ajouté par le biais de l'évolution deux autres cerveaux. Le cortex limbique, siège de nos émotions et le néo-cortex siège de l'intellect. Le stress agit fortement sur le corps, il l'oblige à réagir par différents stimuli physiologiques. Mais quand les réponses ne peuvent atteindre leurs finalités, ce serait la psyché qui emmagasinerait l'information et tenterait ainsi de résoudre les conflits générés. Une action pourrait rétablir l'équilibre psycho-physiologique et entraînait une sensation de bien-être et de satisfaction. Mais il arrive que cette action ne puisse avoir lieu pour des raisons sociales ou morales ainsi il convient de comprendre les structures psychiques du stress afin d'établir les méthodes de gestion et de résolution du stress.

Un événement stressant provoque ainsi une réaction en chaîne qui débute dans le cerveau et aboutit à la production de cortisol par les glandes surrénales. Le cortisol active alors en retour deux zones du cerveau : le cortex cérébral pour qu'il réagisse au stimulus stressant (fuite, attaque, immobilisation...) et l'hippocampe, qui va apaiser la réaction. Si le stress est trop fort ou prolongé, l'hippocampe saturé de cortisol ne peut plus assurer la régulation. Le cortisol

envahit le cerveau et peut s'installer une dépression. Les zones altérées sont l'hippocampe, l'amygdale, le cortex cingulaire antérieur et le cortex préfrontal.

Le stress psychologique concerne l'état de tension, de préoccupations ou d'activations excessives subies. Parfois extrême, parfois tonique, il s'agit d'une notion qui est considérée comme un facteur de vulnérabilité dans le développement de pathologies diverses, physiques et mentales. Psychologiquement le stress peut prendre plusieurs aspects comme des obsessions diverses pouvant découler sur des troubles anxieux sévères liées à l'objet du stress, des imageries mentales récurrentes, cauchemars, peurs incontrôlées ou de la cyclothymie, labilité émotionnelle, réactions disproportionnés, évitements et vérifications, ou encore une perte de mémoire, fatigue nerveuse, perte de tonus, démotivation. La frustration, ce sentiment d'insatisfaction provoqué par le constat de l'incapacité à se sortir d'une situation de stress, couplé d'un sentiment de vulnérabilité, peut venir s'y ajouter. Le stress renvoie donc à la fois aux « contraintes » vis à vis des événements et aux « pressions » d'une personne ou d'un objet.

2.1.2. Les modèles bio-médicaux du stress

Le premier à avoir utilisé le terme de stress en biologie est celui qui a donné à la notion d'homéostasie ses lettres de noblesse : le physiologiste américain Walter Cannon. Dans un article remarquable publié en 1935 et intitulé « Stresses and Strain of Homeostasis », Cannon décrit comment la mobilisation de la partie centrale de la surrénale, une glande située au-dessus du rein et qui est responsable de la libération d'adrénaline, permet de maintenir l'homéostasie face aux fluctuations de température, aux besoins énergétiques ou aux variations de la pression partielle d'oxygène dans l'air. Il note que de telles corrections ne sont possibles que pour autant que la contrainte exercée sur l'homéostasie n'est pas trop forte, et, en prenant l'exemple de la sélection des pilotes militaires, il montre combien il serait utile de disposer d'épreuves appropriées pour mesurer de façon standardisée la capacité d'adaptation. Mais c'est Hans Selye, un médecin canadien d'origine hongroise, qui a véritablement conféré au stress la popularité que cette notion connaît encore de nos jours.

2.1.2.1 Les conceptions physiologiques : Le modèle spécifique de Selye (1956)

Hans Selye est un des premiers chercheurs à s'être intéressé au stress dès le début du 20ème siècle. Il décrit le stress comme une réponse défensive d'alarme émanant d'un organisme menacé. De cette constatation il en élabore sa théorie du stress, mot qu'il introduit lui-même

en médecine. Au cours de ses études médicales, Selye avait été frappé du fait que les diverses formes de réactions de choc observées en clinique (le choc des brûlés, le choc septique, le choc hémorragique, etc…) étaient toutes associées à des manifestations anatomo-cliniques identiques, à savoir une réduction de taille du thymus et des ganglions lymphatiques, des ulcérations gastriques et une augmentation de taille du cortex surrénalien. Aussi, quand en 1935-1936, il retrouva les mêmes modifications anatomo-pathologiques chez des rats à qui il avait injecté des extraits glandulaires dans le but de caractériser les hormones ovariennes qu'il cherchait à purifier, il fut tenté de les attribuer à une réaction non spécifique de l'organisme visant à rétablir l'homéostasie perturbée par l'agent agresseur. Pour différencier la réaction qu'il avait découverte de celle qu'avait identifiée Cannon, il proposa de la désigner sous le nom de « syndrome général d'adaptation ». La suite de son travail consista à décrire la dynamique de ce syndrome, avec l'identification des phases d'alarme (temps de préparation, mobilisation des ressources pour faire face au stress (phase en dessous du niveau de résistance normal, puis passage au-dessus), de résistance (utilisation des ressources (phase au-dessus du niveau de résistance normal)) et d'épuisement (apparition de différents troubles somatiques (phase de déclin du niveau de résistance de la phase précédente au niveau normal)), et à en rechercher les mécanismes (le rôle des hormones corticosurrénaliennes).

Selye a défini le stress comme l'ensemble des moyens physiologiques et psychologiques mis en œuvre par une personne pour s'adapter à un événement donné (Selye, 1956). Le changement brutal survenant dans les habitudes d'une personne, jusque-là bien équilibrée, est susceptible de déclencher un bouleversement dans sa structure psychique et même somatique. Sa référence à l'homéostasie était dans l'esprit du temps, tandis que sa conception de la dynamique réactionnelle ne faisait que reprendre les vieilles notions de tension et d'énergie vitale : la conservation de l'homéostasie est un processus actif qui nécessite la mise en tension de l'organisme et qui mobilise de l'énergie. L'énergie vitale ainsi détournée ne peut être utilisée pour autre chose, d'où l'arrêt de toutes les fonctions ne participant pas à la lutte contre l'agent agresseur. Enfin, l'énergie vitale n'étant pas inépuisable, toute sollicitation trop prolongée risque fort de déboucher sur l'épuisement. Le principal mérite de Selye a été de montrer que ce n'est pas l'agent agresseur qui est pathogène, mais la réaction de l'organisme à cet agent. Cette réaction peut, dans certains cas, être totalement inadaptée parce qu'excessive ou insuffisante. La sanction en est la maladie, et c'est ce que Selye a appelé les troubles de l'adaptation. Tous les stimuli qui dérangent l'homéostasie ne sont pas nécessairement mauvais, certains peuvent même être très agréables, les activités de jeu par

exemple. Dans ce contexte, Selye a proposé les termes d'« eustress » et de « distress », le bon stress et le mauvais stress. Le premier stimule et rend plus productif, le second désorganise et inhibe.

2.1.2.2 Eloge de la fuite de Laborit (1976)

Au cours de sa carrière de médecin, Laborit donne une nouvelle orientation à ses travaux en s'intéressant à l'étude des mécanismes liés au stress, l'éthologie, le conditionnement (Annexe 12). Le film d'Alain Resnais « Mon oncle d'Amérique » (1980) le fait connaître du grand public. Laborit y explique en effet ses travaux sur le conditionnement avec des expériences sur des rats qui l'ont amené à développer le concept de l'« inhibition de l'action » et qui expliquent dans quelles conditions de stress des rats isolés biologisent celui-ci en ulcère gastrique (ce qui se rapproche de la théorie de Selye). Il définit le stress comme toute situation où l'individu ne peut ni fuir, ni attaquer, utilisant la métaphore du voilier qui, quand il ne peut plus lutter contre le vent et la mer pour poursuivre sa route, a deux allures qu'il peut encore prendre : la cape (le foc bordé à contre et la barre dessous), le soumettant à la dérive du vent et de la mer, et la fuite devant la tempête en épaulant la lame sur l'arrière avec un minimum de toile. Selon lui, la fuite reste souvent, loin des côtes, la seule façon de sauver le bateau et son équipage. Nous sommes programmés et ne vivons que pour maintenir notre structure biologique (Laborit, 1980).

La fonction du système nerveux consiste essentiellement dans la possibilité qu'il donne à un organisme d'agir, de réaliser son autonomie motrice par rapport à l'environnement, de telle façon que la structure de cet organisme soit conservée. La motivation fondamentale des êtres vivants semble être le maintien de leur structure organique. Mais elle dépendra soit de pulsions, en réponse à des besoins fondamentaux, soit de besoins acquis par apprentissage. Le système nerveux commande généralement une action. Si celle-ci répond à un stimulus nociceptif douloureux, elle se résoudra dans la fuite, l'évitement. Si la fuite est impossible elle provoquera l'agressivité défensive, la lutte. Si cette action est efficace, permettant la conservation ou la restauration du bien-être, de l'équilibre biologique, si en d'autres termes elle est gratifiante, la stratégie mise en œuvre sera mémorisée, de façon à être reproduite. Il y a apprentissage. Si elle est inefficace, ce que seul l'apprentissage pourra montrer, un processus d'inhibition motrice sera mis en jeu. Si une agression ne trouve pas de solution dans l'action motrice adaptée, elle débouche sur un comportement d'agressivité défensive ou, chez l'homme, sur le suicide. Mais si l'apprentissage de la punition met en jeu le système

inhibiteur de l'action, il ne reste plus que la soumission avec ses conséquences psychosomatiques, la dépression ou la fuite dans l'imaginaire des drogues et des maladies mentales ou de la créativité (Laborit, 1980).

Les difficultés qui assaillent le sujet humain dans son fonctionnement quotidien ne sont pas de même nature que celles qui sont utilisées par les chercheurs pour étudier la biologie du stress. On parle d'événements de vie pour désigner toute situation survenant fréquemment ou de manière occasionnelle et qui nécessite de la part du sujet un effort d'adaptation. Tous ces événements ne sont pas forcément nocifs : le mariage et une promotion sont considérés comme des événements de vie de même poids émotionnel qu'un deuil ou un échec, même si les scores donnés à ces événements sont différents (Holmes & Rahé, 1967). Le stress ne se résume cependant pas au score total d'événements de vie au cours de la période écoulée. Il dépend des perceptions du sujet, de ses représentations mentales et de ses attitudes. L'importance de ces facteurs dans la réaction de stress peut être mise en évidence sur l'animal de laboratoire. Un des meilleurs exemples en est fourni par les résultats d'une expérience classique sur le contrôle comportemental menée par le psychologue américain Jay Weiss au début des années 1970, (Weiss, 1971). Les rats dans le groupe « contrôle » pouvaient terminer le choc électrique douloureux qu'on leur administrait en tournant une roue avec leurs pattes antérieures. Les rats du groupe « absence de contrôle » n'avaient, par contre, aucune possibilité de modifier les chocs délivrés, puisque ceux-ci leur survenaient en fonction du comportement des animaux du groupe « contrôle ». Des rats témoins étaient placés dans le même dispositif de test, mais sans choc. À la fin de l'expérience, la fréquence des ulcérations gastriques se révéla beaucoup plus importante chez les animaux du groupe contrôle que chez les rats des deux autres groupes. Ce ne sont donc pas les caractéristiques physiques de la situation agressive qui sont importantes, mais la possibilité qu'a le sujet de les modifier par son comportement.

Dès la fin des années 70, les travaux développés en psychobiologie et en psychologie de la santé ont abandonné le modèle physiologique dans sa conception linéaire et uniciste. Dans un premier temps, des travaux ont montré que les réactions au stress sont modulées selon l'importance des facteurs émotionnels. C'est ainsi que le stress a été envisagé comme un processus multifactoriel définissant un système d'interdépendance entre des composantes affectives, cognitives, sensorielles, endocriniennes, comportementales et sociales. Au modèle biologique linéaire se substitue donc un modèle plus complexe et dynamique qui privilégie le

rôle des interactions entre une multiplicité de facteurs pour expliquer l'impact d'un événement stressant sur l'organisme.

2.1.3. Les conceptions interactionnistes du stress

Dans cette perspective, le stress a été défini, en 1984 par Lazarus et Folkman comme « une transaction entre la personne et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée comme débordant les ressources d'un individu et pouvant mettre en danger son bien-être ». L'individu est donc considéré comme un acteur qui peut moduler l'impact des agents stresseurs par des stratégies cognitives, émotionnelles et comportementales. Cette conception a dégagé la notion de stress perçu. Alors que le stress objectif est considéré à partir des stresseurs externes définis comme des facteurs déclenchants, le stress perçu est lié à l'évaluation qu'en fait chacun en tant que perte, menace ou défi pour lui- même. Ce qui est stressant, c'est « la discordance ressentie entre les ressources existantes et perçues comme insuffisantes et les contraintes de la situation ». Le stress perçu est influencé par deux types de facteurs :

- des facteurs personnels qui peuvent être cognitifs, motivationnels ou dispositionnels (affectivité positive, internalité, anxiété, dépression)
- des facteurs situationnels (imprévisibilité, ambiguïté, incontrôlabilité de la situation)

Les sources du stress sont multiples : individuelles (maladie, handicap), familiales, professionnelles (relations hiérarchiques, type de profession), sociales (conditions de vie, niveau socioéconomique, ethnie). En dégageant les diverses composantes cognitives et émotionnelles du stress, l'approche biopsychosociale met l'accent sur le fait que l'évaluation subjective est plus importante que les faits objectifs. Cette approche du stress a permis d'intégrer un certain nombre de dimensions qui n'étaient pas prises en compte dans les approches précédentes, notamment la dimension cognitive. La dimension cognitive, intermédiaire interactif entre le stimulus aversif et la réponse de l'individu, est représentée par sa capacité d'interprétation de la situation, d'évaluation de ses propres ressources pour y faire face, de modulation de ses réactions non-spécifiques et d'élaboration de comportements adaptés. Dans son approche interactionniste du stress, Lazarus décrit trois composantes (qui s'ajoutent à la réaction physiologique de Selye) de la réaction d'un individu à une situation potentiellement stressante et qui sont simultanées :

Une évaluation primaire : interprétation et codage de la menace potentielle de l'élément stressant en fonction des variables situationnelles telles qu'amplitude, durée, imminence de la nocivité, etc.

Une évaluation secondaire : identification de ses ressources émotionnelles et comportementales pour élaborer une réponse. Il s'agit du processus de « faire face » pouvant être aussi bien des recherches d'information que des actions ou la mise en œuvre d'actions palliatives.

Une évaluation des conséquences de la réponse.

Dans ces différents processus, les variables personnelles et sociales modulent l'impact du stress sur un individu. Par exemple, la croyance en l'auto-efficacité personnelle ou collective diminue le ressenti de la menace et, inversement, l'évaluation de sa propre nervosité ou d'une baisse de performance contribuent à l'augmenter. Quand le stress prend trop d'ampleur, il se traduit par une augmentation du niveau de vigilance focalisée sur tout ce qui est susceptible de présenter un danger, au détriment de la capacité cognitive de réflexion, d'analyse lucide de la situation et donc de prise de décision adaptée. On parle de « stress dépassé » par comparaison au « stress adapté ». Pour Lazarus, il y a stress quand une situation a été évaluée par une personne impliquée et que celle-ci excède, selon elle, ses ressources adaptatives, ce qui entraînera une réponse inadaptée ou inefficace. Un seuil de niveau d'activation dépassé entraîne une baisse de performance : il y a alors impossibilité de médiation cognitive et, en cercle vicieux, de maîtrise du stress ce qui amène des comportements inadaptés tels que fuite, agression, et parfois évolution vers des états de panique. La perception d'un événement ou d'une situation en tant que danger se fait en fonction de ce qui a été appris et stocké en mémoire et est donc relative aux conditions et situations d'apprentissage plus ou moins adaptées ainsi qu'aux expériences personnelles et collectives. Une situation deviendra « déclencheuse » d'un « stress dépassé » selon qu'elle correspondra à d'autres situations stockées en mémoire sous l'étiquette « danger important » (i.e., à forte valeur émotionnelle négative, dépassant les capacités de réponse de l'individu, assimilées à un risque de souffrance, à une forte probabilité d'échec, etc.). L'identification se fait de façon immédiate. Elle peut donner lieu à une prise de conscience plus rationnelle par la suite et donc à une rectification cognitivo-comportementale mais qui sera plus lente puisque mettant en jeu des processus conscients. Cette rectification pourra éventuellement elle-même influer sur le type de stockage qui sera ultérieurement fait de la situation (Lazarus, & Folkman, 1984). La capacité d'anticipation peut être un médiateur du stress dans la mesure où elle rend l'individu

capable d'imaginer et de se projeter dans des situations aversives ou à potentiel de danger. Cette anticipation peut avoir un effet positif si elle donne lieu à une évaluation de la situation de manière à mettre en place des stratégies de faire-face (« coping »). Elle a un effet négatif quand elle prend forme de rumination ou qu'elle provoque un dépassement du seuil d'activation moyen.

Eloignée d'une simple relation de cause à effet et donc se détachant d'une conception situationniste (au sens liée à la situation stressante), les conceptions interactionnelles du stress mettent l'accent sur la dimension cognitive entre le stimulus aversif et la réponse de l'individu. Dans cette optique, le stress ne peut être ni réduit à sa composante environnementale (source de stress), ni à sa composante individuelle (les ressources). Le stress est le résultat d'une relation dynamique entre l'individu et les exigences de l'environnement, les ressources individuelles et sociales pour faire face à ces demandes, et la perception par l'individu de cette relation. C'est un processus par lequel des événements menaçants provoquent des comportements d'ajustement face à cette menace. Les événements environnementaux entraînant ces processus sont appelés « stress » ou « agents de stress ». Les réactions qu'ils suscitent sont désignées comme « réponses de stress ». Le stress est défini comme le résultat de l'appréhension individuelle de la situation et de la réaction à celle-ci. Par conséquent, le stress dépend autant de la situation environnementale, des ressources ou des capacités de faire face. Le modèle développé par Lazarus & Folkman (1984) met en évidence trois types de variables intervenant dans l'évaluation de stress. Ces types de variables comprennent : les prédicteurs, les médiateurs et les modérateurs, les effets à court et à long termes.

2.2. Les principaux modèles du stress en psychologie de la santé

Toute recherche expérimentale implique l'adhésion à un modèle théorique, implicitement ou explicitement présent à tous les niveaux : théorique, méthodologique et clinique. Après avoir exposé différents modèles, nous présenterons celui sur lequel notre étude inscrite dans le champ de la psychologie de la santé, s'appuiera.

2.2.1. Un modèle transactionnel en psychologie de la santé

La psychologie de la santé se propose d'intégrer les modèles biomédical, épidémiologique et psychosomatique, développés au XXe siècle. A l'interface des sciences biomédicales et des sciences du comportement, la psychologie de la santé consiste en l'étude des facteurs et processus psychologiques jouant un rôle dans l'apparition des maladies et pouvant accélérer

ou ralentir leur évolution (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994). La psychologie de la santé étudie principalement les liens directs et indirects entre les comportements et l'apparition ou l'évolution de la maladie. Les trois objectifs de cette discipline sont la promotion des comportements et styles de vie sains, la prévention et le traitement des maladies et l'amélioration de la prise en charge des patients (Sarafino, 1990). C'est précisément dans ce dernier objectif que se situe la psycho-oncologie. Elle relève d'une approche bio-psycho-sociale (Saltel et al., 1995) et ses objectifs recoupent ceux de la psychologie de la santé. Bruchon-Schweitzer, Cousson-Gélie, Tastet & Bourgeois, (1998) ont actualisé le modèle transactionnel établi en 1994 et l'a appliqué à la psycho-oncologie, en précisant les facteurs de risque et de pronostic des cancers. Entre 1994 et 1998, le modèle biopsychosocial évolue bien, étant désigné alors comme le modèle transactionnel. Il se pose comme un modèle intégratif ne privilégiant pas l'étiologie psychique, organique ou environnementale. Ce modèle est beaucoup plus ouvert, moins centré sur la problématique psychosomatique et redonne plus de poids aux variables médicales et biologiques, ainsi qu'aux médiateurs (processus d'évaluation de la situation, coping, réactions psychophysiologiques). Il distingue bien, dans les états ultérieurs de santé, l'initiation et l'évolution de la maladie mais aussi l'ajustement psycho-social, où apparaît la qualité de vie. Les événements aversifs ne sont plus posés comme déclencheurs, mais comme antécédents, étant donné la controverse sur le rôle des événements stressants dans l'étiologie du cancer. Les variables médicales sont prises en compte à travers les antécédents biomédicaux et les réactions psycho-physiologiques. Et enfin, le coping est considéré comme un médiateur central et, non plus, issu des anciens modérateurs (stress perçu, contrôle perçu, anxiété-état).

Par la suite, dans l'idée de rendre compte de l'étiologie multifactorielle et de l'évolution d'une pathologie chronique comme le cancer, différents auteurs cherchent à prendre en compte les facteurs environnementaux et dispositionnels mais aussi les relations entre l'individu et le contexte pathogène. C'est en quoi le modèle intégratif et multifactoriel de la psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002) (Figure 4) se distingue des conceptions causales et unidirectionnelles, en intégrant dans un modèle explicatif, les différents facteurs ayant un impact sur la santé et la qualité de vie (critères) : les antécédents environnementaux et socio-démographiques, et les antécédents individuels, psychosociaux et biologiques (prédicteurs).

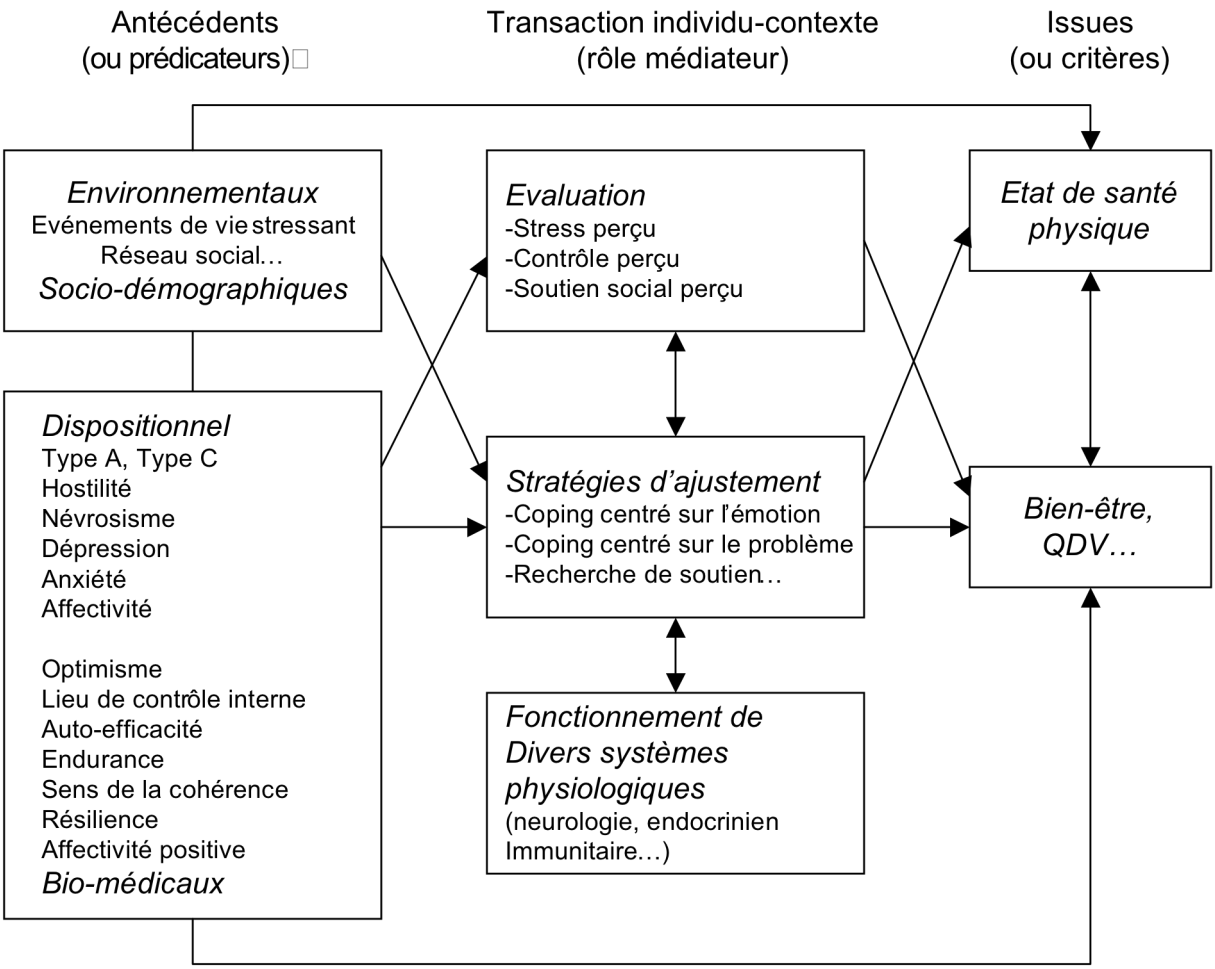


Figure 4 : Un modèle intégratif et multifactoriel en Psychologie de la Santé (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Certains de ces antécédents ont un effet principal sur la santé, d'autres exercent des effets indirects transitant par des variables dites modératrices ou médiatrices, comme les stratégies d'ajustement, véritables processus dynamiques de la relation entre l'individu et son environnement. Si certains de ces facteurs peuvent être considérés comme pathogènes car facteurs de risque, contribuant à l'aggravation de la maladie, d'autres sont qualifiés de salutogènes, jouant un rôle protecteur. De plus, les stratégies d'ajustement modulent le processus pathogène en transformant la relation entre divers antécédents (prédicteurs contextuels et personnels) et les critères de non-ajustement à la maladie. Ainsi, cela implique une dimension temporelle où les prédicteurs désignent ce qui caractérise l'individu et son environnement avant le déclenchement de la maladie, alors que les critères correspondent à son évolution ultérieure.

2.2.2. *Un modèle de recherche en psycho-oncologie*

Ce modèle, proposé par Dolbeault, Szporn & Holland (1999) (*Figure 5*), est inspiré de celui de Kornblith (1998). Kornblith (1998) soulignent le recours nécessaire à la théorie, notamment à des modèles comme celui de la vulnérabilité stress-maladie (repris de deux ouvrages généraux sur le stress) que l'auteur adapte aux cas des « survivants ».

Ce modèle désigne le cancer et les traitements comme stresseurs et l'adaptation comme critère. Il y a une interrelation entre les variables médiatrices, qui incluent en premier le soutien social et une variable souvent oubliée comme les relations à l'équipe médicale. En comparaison avec le modèle en psychologie de la santé, le modèle de recherche en psycho-oncologie met en première place la pathologie cancéreuse et l'impact des interventions. La distinction entre les antécédents et les variables médiatrices n'apparaît plus clairement. Le modèle en psycho-oncologie donne ainsi peut-être plus de place à l'impact de la maladie, au contexte médical, à la spiritualité et à la religion, ainsi qu'aux événements stressants.

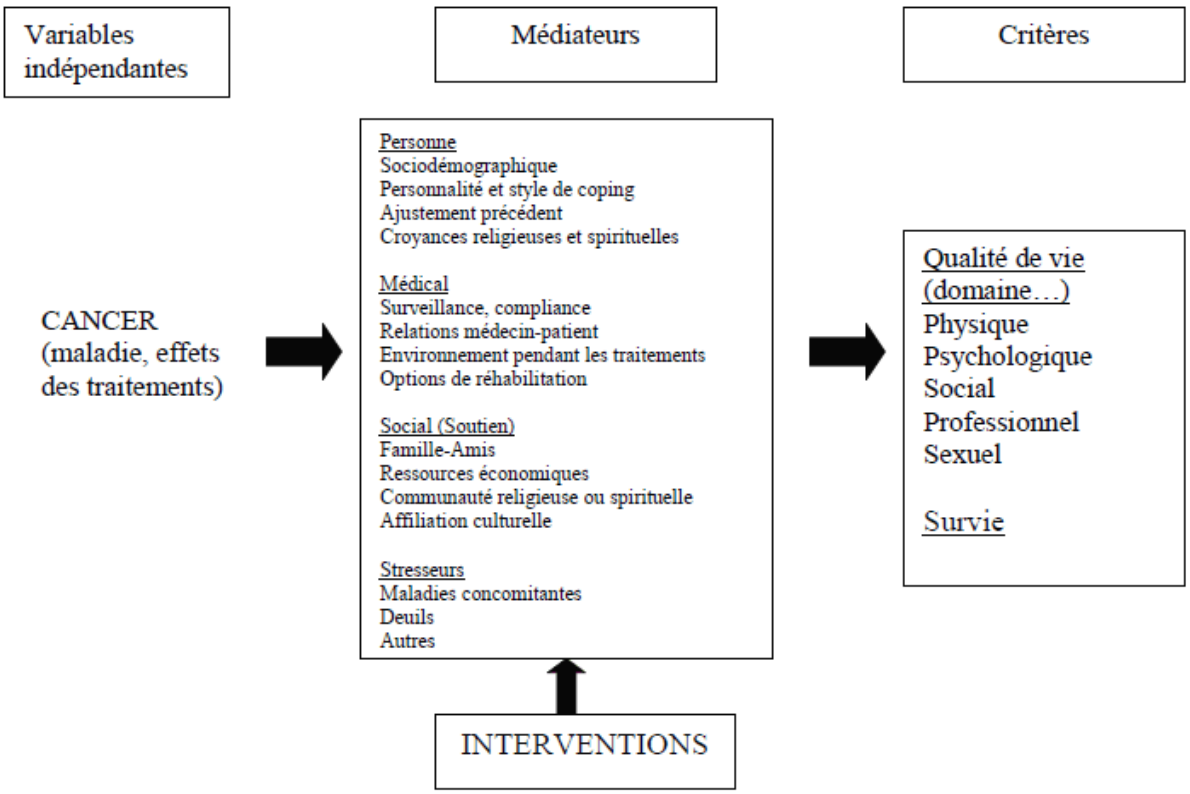


Figure 5 : Un modèle de recherche en psycho-oncologie (Dolbeault et al., 1999).

2.2.3. *Un modèle de transition socio-cognitive*

Brennan (2001) articule les modèles issus de la théorie du coping et de l'approche socio-cognitive, intègre aussi les apports des recherches sur le deuil et les traumatismes et propose une synthèse avec le modèle de la transition socio-cognitive (*Figure 6*).

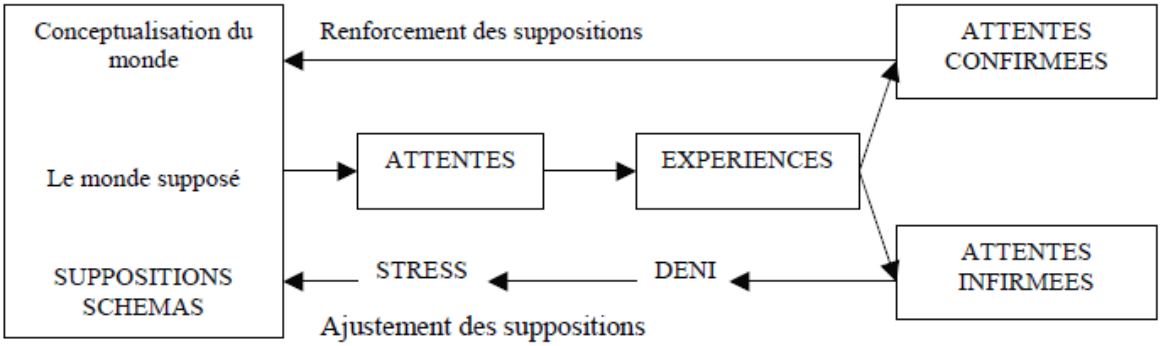


Figure 6 : Un modèle de la transition socio-cognitive (Brennan, 2001).

Les points forts du modèle de Brennan sont de considérer la dimension dynamique de l'adaptation, les mécanismes normaux de l'adaptation au cancer (normalité du déni), les conséquences positives de l'expérience, l'importance des liens sociaux à travers les théories de l'attachement (Bowlby, 1979) et de la crise (Moos, 1986) et les croyances spirituelles et existentielles qui fondent les présupposés de la conceptualisation du monde (nature de l'être humain). Brennan propose de ne plus voir l'adaptation comme une absence de psychopathologie ou l'aboutissement du coping. L'adaptation réfère aux mécanismes psychologiques, qui apparaissent dans le temps, quand l'individu et son entourage gèrent, apprennent et s'adaptent à la multitude de changements dans lesquels les a précipités la maladie et les traitements. Ces changements amènent souvent un développement personnel, une croissance de l'individu. Afin de faciliter le processus d'adaptation, Brennan (2001) pense qu'il est intéressant de développer le coping actif et la réflexion personnelle (notamment par l'écrit), mais aussi de proposer un échange avec des personnes amenant un soutien de nature empathique, des interventions psychologiques travaillant les suppositions de base, ainsi que les relations et rôles sociaux antérieurs à la maladie. Les limites du modèle sont qu'il est essentiellement théorique et qu'il est non-mesurable. En effet, il n'existe pas encore d'outils pour mesurer dans quelle mesure les schémas d'une personne sont affectés par la maladie.

2.2.4. *Choix du modèle de Folkman (1997, 2000)*

Depuis les années 1970, la psychologie de la santé a contribué à l'amélioration de la compréhension de la maladie et des facteurs protecteurs de la santé. Les différents modèles (modèle bio-médical, modèle des événements de vie stresseurs, modèles psychosomatiques émotionnels, modèle bio-psycho-social…) ont privilégié les approches quantitatives, malgré la volonté manifestée par certains auteurs de s'intéresser au vécu des personnes. Le courant clinique en psychologie de la santé s'oriente vers l'étude qualitative de l'expérience du sujet ainsi que vers une approche compréhensive du sens de la maladie. Aux modèles dominés par le paradigme positiviste, il oppose un modèle constructiviste. Les postulats fondamentaux de l'approche clinique s'appuient sur le fait que le sens de la maladie pour un sujet est co-construit par le sujet et son environnement, le discours du sujet est un matériau pertinent pour l'observation de cette culture personnelle partagée de la maladie et la compréhension du vécu du sujet dans ses interactions.

Ce travail de recherche souhaite rendre compte d'une compréhension des trajectoires de détresse émotionnelle des patients en cancer primitif et en récidive grâce à un abord quantitatif et qualitatif contextualisé. Dans ce contexte, l'analyse des modèles présentés ci-dessus conduit donc s'appuyer sur le modèle de Folkman de 1997, révisé par l'auteur en 2000 Folkman & Greer (2000). En effet, depuis les trente dernières années, Lazarus et Folkman (Folkman, 1997 ; Folkman & Lazarus, 1980, 1988 ; Lazarus & Folkman, 1984, 1987 ; Lazarus, 1993, 1999, 2000) ont fourni un travail considérable sur l'approche cognitive et transactionnelle du stress. Cette approche s'inscrit dans une perspective appliquée, interventionniste et comportementale puisqu'elle vise à permettre un meilleur ajustement face à un événement stressant ou dans le contexte de la santé. Le stress psychologique est déterminé par la perception individuelle de la relation spécifique avec l'environnement. Cette perception résulte de facteurs personnels et de facteurs contextuels ou environnementaux. Le constat des travaux de Lazarus & Folkman est que la prise en compte des prédicteurs (variables personnelles et variables environnementales) ne suffit pas à expliquer les conséquences sur la santé, sur le bien-être et sur le comportement des individus. L'idée est de déterminer la réaction face aux demandes environnementales et de décrire comment ces demandes peuvent affecter les processus d'adaptation de l'individu à long terme.

Traditionnellement, la recherche sur le stress psychologique porte sur l'étude des symptômes psychiatriques, tels que l'anxiété et la dépression. L'accent mis sur ces symptômes, cependant,

ne révèle qu'une partie de la façon dont les gens font face à la maladie. Selon Folkman (2000), une autre partie concernerait le bien-être psychologique et les processus d'adaptation qui le soutiennent. L'idée que les patients peuvent éprouver un bien-être psychologique malgré leur maladie peut sembler à première vue « contre-intuitive ». Toutefois, des études ont montré que les personnes décrivent cette expérience de bien-être en vertu des circonstances les plus difficiles (Zautra, Reich & Guarnaccia, 1990 ; Chesney, Folkman & Chambers, 1996 ; Folkman, 1997). Pour l'auteur, cet aspect de la réponse des patients à la maladie a été largement négligé dans la littérature.

Le modèle révisé de Folkman (1997) (*Figure 7*) souligne que deux processus sont en jeu : l'évaluation et l'adaptation, évaluation de la signification personnelle d'un événement donné et l'adéquation de ses ressources personnelles pour y faire face. Selon Folkman & Greer (2000), cette évaluation influence l'émotion et l'adaptation ultérieure. Faire face fait référence à des pensées et des comportements qu'une personne utilise en permanence pour réguler sa détresse (centré sur l'émotion d'adaptation), pour gérer le problème à l'origine de la détresse (axée sur le problème d'adaptation), et maintenir un bien-être.

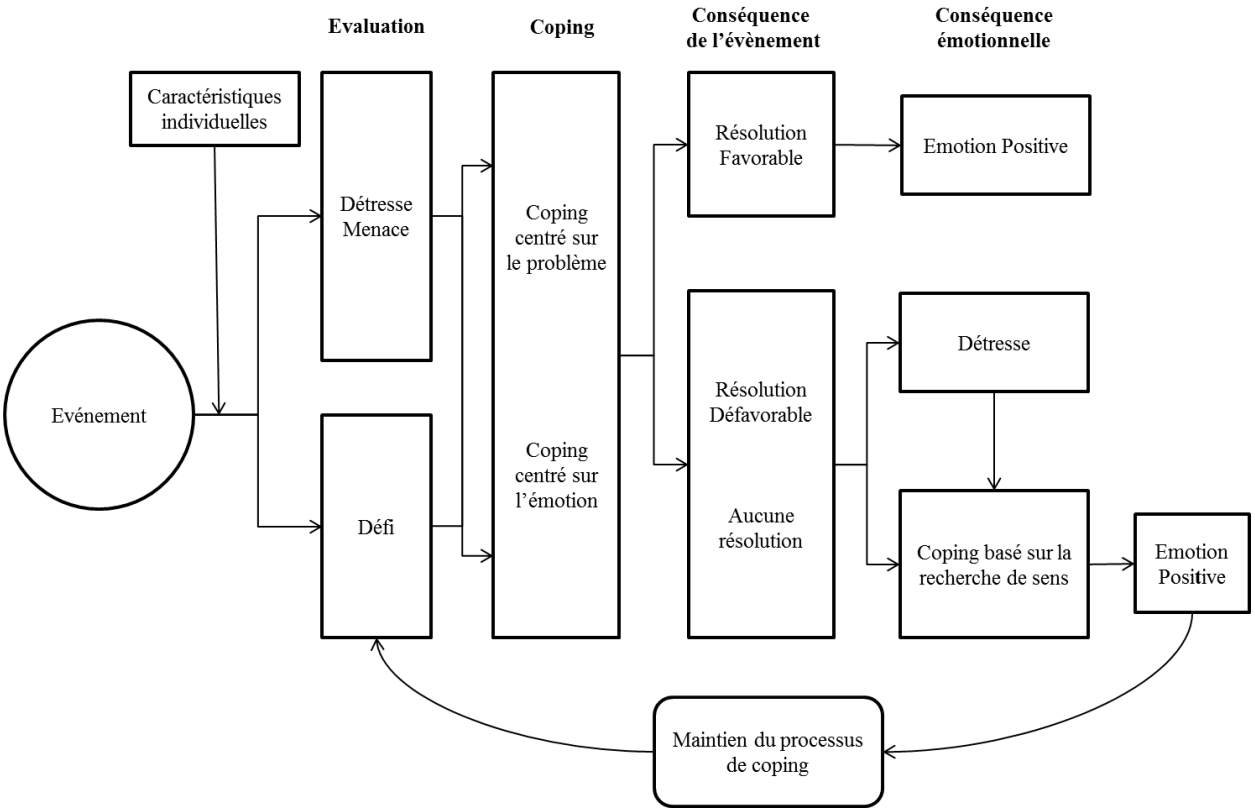


Figure 7 : Schématisation du modèle de Folkman, 1997, 2000.

L'intensité des réponses émotionnelles ainsi que la capacité à les réguler est variable selon les personnes. Dans ce processus permanent d'évaluation et d'ajustement et dans le cadre d'une résolution défavorable ou d'une absence de résolution, comme par exemple, dans le cas d'une récidive cancéreuse, le patient est susceptible de percevoir une évaluation négative du stress supplémentaire qu'il vivra sur un mode de préjudice, de perte ou de menace, ainsi qu'une détresse émotionnelle plus intense, comme si les processus se renforçaient. Cette détresse, ainsi que le problème non résolu causant la détresse, sont alors susceptibles de motiver davantage le processus d'adaptation. Selon Folkman & Greer (2000), cette nouvelle adaptation, basée sur le sens et la signification, le « meaning-based coping », est susceptible d'être mise en jeu. Ce type d'adaptation permet à la personne de renoncer à des objectifs intenables et d'en formuler de nouveaux, donner un sens à ce qui se passe. Elle génère également une incidence positive, qui fournit ce que Folkman appelle un « hors-temps » psychologique de la détresse et motive la poursuite de l'adaptation.

Synthèse :

L'annonce d'un cancer est comme une effraction d'un stress intense dans la vie d'un homme, d'une femme voire d'un enfant. Cet homme, cette femme, lors de l'annonce première ou suivante(s) dans le cas de récidive(s), perçoit instantanément l'ampleur de ce qu'il ou elle va devoir surmonter, tant physiquement que psychologiquement, mêlé de ses représentations, etc… . L'héritage de ces moments d'une intense charge émotionnelle est souvent celui d'une détresse que l'ensemble des protagonistes va devoir appréhender. Non seulement, le patient prendrait la mesure du caractère menaçant de l'annonce mais aussi, évaluerait sa capacité à contrôler l'évolution de la maladie, ce qui contribuerait à déterminer pour lui, une adaptation spécifique dans son comportement, dans ses pensées. Face à cette détresse émotionnelle intense, comment l'ensemble de ces éléments s'articulent-ils ? Quels sont les déterminants de la détresse émotionnelle de ces patients ?

3. LES DETERMINANTS DE LA DETRESSE EMOTIONNELLE

3.1. Les prédicteurs sociodémographiques et médicaux de la détresse

Lorsqu'on considère la qualité de vie et le vécu durant la maladie et les traitements, la prise en compte de données sociodémographiques est également importante sachant que le second Plan Cancer pointe et nombre d'études montrent les inégalités sociales face au cancer (Cull, Stewart & Altman, 1995 ; Holland, 1997 ; Nezu et al., 1999 ; Wellis & Turney, 2001). En effet, pour les patients atteints de cancer, les difficultés sociales concernent le cancer en lui-même, les facteurs liés au traitement, le degré résultant de handicap, la situation sociale précédente et actuelle du patient, le profil émotionnel des personnes impliquées et les réseaux de soutien leur étant disponibles (Wellis & Turney, 2001). Les difficultés sociales contribuent à accroître la détresse psychologique et à réduire le bien-être du patient (Cull et al. 1995 ; Holland, 1997 ; Nezu et al., 1999 ; Thomas, Qin, Howell & Richardson, 2001). Pour résumer les travaux qui se sont intéressés aux facteurs prédictifs de la détresse, on peut retenir comme principaux facteurs de risque de morbidité psychosociale identifiés dans le contexte du cancer (Stanton et al., 2005 ; Grassi & Travado, 2008) :

3.1.1. Des facteurs de nature sociodémographique

Des facteurs de nature sociodémographique tels que le jeune âge, le sexe féminin, la précarité socio-économique, le statut de célibataire ou de veuf, l'éloignement géographique d'un centre de soins du cancer peuvent influencer le vécu émotionnel des patients (Chaturvedi & Venkateswaran, 2008).

Ainsi, l'ANAES (2000) conclut que les femmes de moins de 50 ans présentent davantage de détresse que les femmes de plus de 50 ans, résultats confirmés par de nombreuses études (Dean, 1987 ; Edlund & Sneed, 1989 ; Harrison & Maguire, 1995 ; Spiegel et al., 1999 ; Van't Spijker et al., 1997). En fait, il est probable que l'âge, l'environnement social et l'ajustement psychologique soient des variables non-indépendantes (Cousson-Gélie, 2001a). L'âge est inversement relié à la détresse. De ce fait, les femmes âgées rapportent moins de symptômes de détresse, plus de vigueur et moins de crainte quant à une récidive du cancer (Stanton et al., 2002). Les femmes jeunes, à l'inverse, ont une haute détresse émotionnelle et rapportent plus de symptômes d'anxiété/dépression que les femmes plus âgées (Stanton et al., 2002). Au diagnostic, le jeune âge prédit une plus grande détresse émotionnelle entièrement négocié par

les pensées intrusives (Epping-Jordan et al., 1999). Pour certaines femmes, elles persistent jusque trois mois après l'annonce du diagnostic et se concentrent sur le caractère stressant du cancer (Epping-Jordan et al., 1999). Chez les femmes jeunes, la perspective du futur est perçue d'une façon pessimiste, ce qui n'est pas le cas des femmes plus âgées (Nagel, Schmidt, Strauss et Katenkamp, 2001).

Dans l'étude des trajectoires de détresse de Hegelson et al. (2004), réalisée auprès de 363 femmes présentant un cancer du sein et suivies pendant quatre années par les auteurs, les variables démographiques et médicales n'ont pas permis de différencier significativement les trajectoires de détresse, à l'exception de l'âge. En effet, le groupe ayant le plus faible niveau de fonctionnement physique et qui s'est dégradé au fil du temps était le groupe le plus âgé. Ce sont les femmes les plus jeunes qui ont vu leur fonctionnement physique s'améliorer le long des quatre années d'étude. De même, les résultats de Deshields et al. (2006) sur les trajectoires de détresse de patientes présentant un cancer du sein, suggèrent que les jeunes femmes sont plus susceptibles de démontrer la détresse psychologique que les plus âgées. Ces résultats vont dans le sens des travaux de Kroenke, Rosner, Chen, Kawachi. & Colditz (2004) et Bloom, Stewart, Chang, & Banks (2004), qui ont suggéré que les jeunes femmes ont plus de difficulté à composer avec un diagnostic de cancer parce qu'elles ont plus de responsabilités nécessitant un effort physique, une plus grande inquiétude concernant l'impact de leur maladie sur leur famille, une plus grande crainte de la mort, des attentes plus élevées pour elles-mêmes concernant leur état de santé.

En ce qui concerne l'influence du genre, la méta-analyse de Van't Spijker et al. (1997) montre que les échantillons où il n'y a que des femmes ont des résultats de troubles anxieux et dépressifs moins élevés, mais plus de détresse psychologique, que les échantillons mixtes. Sneed et al. (1992) ont trouvé qu'il n'y avait pas de différences dans l'adaptation entre les hommes et les femmes. Ils soulignent cependant que les femmes atteintes de cancer gynécologique et du sein rapportent moins de dépression et plus de bien-être psychologique que les autres femmes. Concernant l'âge et le sexe, ces variables sont éminemment liées au site de la maladie et aux traitements (Kornblith, 1998).

Le niveau d'étude et le statut professionnel sont le plus souvent inconsistants, même si le statut d'employé(e) est parfois corrélé à une augmentation de la détresse psychologique (Van't Spijker et al., 1997). Sur le plan du statut marital, Kornblith et al. (2001) trouvent que les femmes veuves, divorcées ou séparées rapportent plus de détresse psychologique. Le statut marital ne traduit peut être rien de plus qu'un aspect du réseau de soutien social de l'individu.

3.1.2. Des facteurs de nature médicale

Même si certaines études ne retrouvent pas de lien entre le site tumoral et la prévalence de la détresse (Carroll, Kathol, Noyes, Wald. & Clamon, 1993), d'autres études montrent des différences et la nécessité d'étudier des sous-groupes de pathologies cancéreuses (Roth et al., 1998 ; Kugaya et al., 2000). Mc Daniel, Musselman, Porter, Reed & Nemeroff (1995) soulignent que la prévalence de la dépression varie selon la localisation du cancer, allant de 1,5% (leucémie aiguë) à 40% (cancer de l'oropharynx) et 50% chez les cancers du pancréas. Dans les cas de tumeur cérébrale primitive ou de métastases cérébrales, de cancer du pancréas, les causes organiques peuvent expliquer la dépression. Le caractère prédictif indépendant du site tumoral sur la prévalence de la détresse est cependant controversé (Massie, 2004 ; Strong et al., 2007).

Pour Kornblith (1998), la probabilité d'un échec adaptatif, quels que soient les sites de la maladie, augmente avec les problèmes physiques liés au cancer ou à la comorbidité, surtout si ces problèmes sont couplés avec de faibles ressources financières, un faible soutien social et des antécédents de difficultés adaptatives. Breibart, Bruera, Chochinov & Lynch (1995), Bukberg, Penman & Holland (1984), Kugaya et al. (2000) et Moynihan, Bliss, Davidson, Burchell & Horwich (1998), confirment que l'incidence de la dépression chez les personnes atteintes de cancer s'accroît avec le degré de handicap physique, de douleur et avec un stade avancé de la maladie. L'ajustement social est altéré s'il existe une symptomatologie physique séquellaire en particulier la prise de poids, les douleurs séquellaires et le lymphœdème (Irvine et al., 1991). Van't Spijker et al. (1997) citent sept études allant dans ce sens. Une étude de Silberfarb, Maurer & Crouthamel (1980) portant sur les effets affectifs et cognitifs de la chimiothérapie, soulignait l'absence de majoration des troubles psychiatriques chez les personnes atteintes de cancer par rapport à la population normale. Par contre, les auteurs retrouvaient la prédominance des troubles cognitifs chez les patients ayant eu une chimiothérapie. L'étude de Wieneke & Dienst (1995) effectuée auprès de 28 femmes ayant un cancer du sein stade I ou II, à distance de la fin de leur chimiothérapie, montre que les performances de QI ont été trouvées inférieures à ce qui était prévisible, particulièrement pour la mémoire, la souplesse mentale, la rapidité de l'attention de la concentration des capacités visuo-spatiales et de la fonction motrice. Cette atteinte n'est pas corrélée à la présence de signes de dépression, mais est liée à la durée de la chimiothérapie (ANAES, 2000). Sellick & Crooks (1999) confirment que les effets secondaires des traitements sont un facteur de risque pour la détresse émotionnelle.

En ce qui concerne la nature de l'intervention chirurgicale, la méta-analyse de Moyer (1997), résumant les résultats de quarante études comparant les effets de la mastectomie versus la tumorectomie, montre que les femmes ayant subi une tumorectomie ne présentent pas moins de détresse psychologique que les femmes ayant subi une mastectomie. Néanmoins, elles présentent moins d'atteinte de l'image de soi et de troubles de la sexualité que celles ayant subi une mastectomie (ANAES, 2000). Les études actuelles ne sont pas plus concluantes en ce qui concerne l'association entre les variables médicales et les symptômes dépressifs (Christensen et al., 2008 ; Burgess et al., 2005 ; Wong-Kim & Bloom,2005) dans le sens où des études ont montré aucune différence selon les types de chirurgie (Burgess et al., 2005 ; Bardwell et al., 2006). Dans quinze études, Van't Spijker et al. (1997) ont confirmé que la détresse ne semble pas liée aux modalités du traitement. Cependant, trois de ces quinze études montrent que les femmes mastectomisées rapportent plus de détresse que les femmes ayant reçu un traitement conservateur du sein.

3.2. Influence de la personnalité sur la détresse émotionnelle en oncologie

D'autres études ont étudié le possible lien entre la détresse émotionnelle des patients et certains facteurs individuels (antécédents psychopathologiques personnels ou familiaux ; facteurs liés à la personnalité) ou certains facteurs interpersonnels et sociaux (pauvreté de l'étayage affectif procuré par les proches et du tissu social au sens large ; événements de vie stressants (Cassileth, Lusk & Miller, 1985 ; Nezelof & Vandel, 1998 ; Schnoll, Mac Kinnon, Stolbach & Lorman, 1998). Aucun des facteurs psychosociaux précités ne prédirait à lui seul l'adaptation psychologique, qui est donc multifactorielle. Pour Zabora et al. (1997), les patients les plus déprimés avaient déjà des niveaux préexistants de détresse psychologique avant l'entrée dans la maladie et maintiennent ce niveau de détresse, s'ils ne sont pas aidés, alors que les autres s'adapteront progressivement à la maladie. Chez les patients repérés comme ayant un niveau élevé de détresse psychologique, les causes de la détresse sont parfois éloignées de la maladie.

Ainsi, certains auteurs avancent l'idée que certains traits de personnalité peuvent augmenter le niveau de détresse des patients. A l'inverse, un certain nombre de facteurs de personnalité seraient protecteurs de l'installation d'une détresse. Une piste de recherche récente explore par exemple un nouveau concept, à savoir le sentiment de cohérence perçu par le patient qui se trouve confronté à la maladie et soumis à des interactions nouvelles avec le système de

soins (Boscaglia & Clarke, 2007). Ce type de recherche pourrait avoir des implications évidentes pour la prise en charge de la détresse des patients, le long de leur parcours de soins.

Si la recherche des facteurs de vulnérabilité est déjà ancienne et classique, le fait de s'intéresser aux caractéristiques protectrices de la personnalité est assez récent (une vingtaine d'années). Ceci explique, au moins en partie, pourquoi ce domaine forme un ensemble aussi hétéroclite, mêlant des caractéristiques empruntées aux approches sociocognitives et socio-comportementales (lieu de contrôle, attribution causale, optimisme[9], auto-efficacité[10], des facteurs issus des approches différentielles de la personnalité et des notions composites, issues de recherches comparatives menées en épidémiologie et en psychiatrie notamment, pour découvrir les facteurs différenciant les individus vulnérables des individus ayant « résisté » à des événements stressants. Dans ce cadre et compte-tenu de l'intérêt particulier porté à la notion de détresse lors de l'annonce d'un cancer primitif et récidivant, les chapitres suivants vont s'intéresser principalement à deux caractéristiques importantes qui ont fait l'objet de nombreuses recherches : le névrosisme et l'optimisme.

3.2.1. Le névrosisme

Aristote indiquait déjà que décrire la personnalité c'est « *découvrir ce qui est spécial à chacun* » : la diversité côtoie alors la complexité. Sur le plan étymologique, « *persona, masque de l'acteur du Théâtre Antique* » exprime certaines caractéristiques individuelles stables manifestées dans diverses situations (comportements). Le 20ème siècle voit apparaître de nombreuses définitions du concept de personnalité. Dès 1937, Allport, l'un des auteurs les plus représentatifs de l'époque sur cette question, fait une revue de la littérature et dresse un catalogue de cinquante acceptions différentes qui s'étendent sur un continuum allant de la façon d'être observable au moi. Il définit la personnalité comme : « *L'organisation dynamique interne de l'individu, des systèmes psychophysiques qui déterminent son adaptation particulière à l'environnement…* », (Allport, 1937).

La personnalité, au sens psychologique du terme, se définit comme le noyau relativement stable de l'individu, une sorte de synthèse complexe et évolutive des données innées et des influences du milieu socioculturel et environnemental en général. La connaissance de la

---

[9] L'optimisme est une attente générale positive envers le futur qui couvre plus ou moins tous les domaines de vie (Carver & Scheier, 2005)

[10] L'auto-efficacité est la croyance en sa capacité à mobiliser les ressources nécessaires pour maîtriser une situation

personnalité est souvent un enjeu important en ce qu'elle permet de prévoir, avec une marge d'erreur variable, le comportement dans des situations ordinaires. La personnalité au sens large englobe les notions de caractère, tempérament, attitude, style de comportement et aptitudes. Ces aspects font partie d'une même entité. La personnalité est à la fois innée et acquise voire en partie apprise. À partir du tempérament, on aborde plutôt le versant inné alors que l'environnement agit sur les aptitudes, le comportement, le caractère et les attitudes. La personnalité a ainsi été appréhendée sous divers angles afin de mieux en saisir ou comprendre la subtilité. L'approche de la personnalité par les « traits » et « types » est un système taxonomique qui permet de décrire des différences significatives entre les individus (sur les dimensions étudiées), tout en prenant en considération les différences biologiques dont on suppose ou infère l'existence. Le modèle « catégoriel » décrit les personnalités en « types » alors que le modèle « dimensionnel » la décrit en « traits », sans la réduire à une somme de critères mais en concevant une synergie. Le modèle dimensionnel porte d'abord sur des caractéristiques mesurables chez tous. La personnalité d'un sujet est décrite par sa position sur un nombre restreint de dimensions ce que l'on appelle son « profil » général.

La stabilité dans le temps est un aspect central de la personnalité qui justifie son investigation (Bazana & Stelmack, 2004). Quels que soient les courants envisagés, l'observation des conduites humaines montre des régularités, des noyaux relativement cohérents de cognition, d'émotions et de : ils manifestent une stabilité dans le temps et une cohérence inter et trans-situationnelle relative. On appelle ces noyaux cohérents des « traits » ou « dimensions de personnalité », dans une terminologie plus philosophique. Aujourd'hui, l'approche en cinq facteurs constitue le compromis généralement adopté. Le point principal de discorde entre les écoles réside sur le nombre de dimensions à retenir pour définir un profil en combinant les exigences d'exhaustivité et d'économie.

Le névrosisme ou le « neuroticisme » est l'une des cinq dimensions de la personnalité. Il désigne une disposition aux émotions négatives. Tout se passe comme si l'individu se focalise sur les aspects négatifs de la réalité. Ceux dont les descriptions font état d'un fort névrosisme, éprouvent facilement un sentiment négatif comme l'anxiété, la colère, la dépression. La variabilité de l'humeur est une composante principale du névrosisme, s'opposant ainsi à la stabilité émotionnelle. Ces personnes sont émotionnellement réactives : elles s'émeuvent face à des événements qui n'affectent pas la plupart des gens, ou en tout cas beaucoup moins. Elles ont plus tendance à ressentir des situations ordinaires comme menaçantes, et des frustrations mineures comme insurmontables. Leurs réactions négatives durent plus longtemps, au point

qu'elles sont souvent de mauvaise humeur. Leurs émotions peuvent entraver leur capacité à raisonner, à prendre des décisions, à faire face aux situations stressantes. Un score élevé en neuroticisme est un signe de vulnérabilité dépressive et de dépendance à autrui (Cottraux, 2001). Il indique une hypersensibilité, une hyper vigilance et une forte réactivité aux stimuli aversifs (la sanction), ainsi qu'une forte vulnérabilité au stress par peur de ne pouvoir faire face aux exigences de la réalité. Le névrosisme se réfère à une vision négative de l'estime de soi, et au sentiment généralisé d'inefficacité personnelle. A l'opposé, un faible score de névrosisme désigne des personnes calmes, émotionnellement stables, qui n'éprouvent pas d'humeur négative de manière persistante mais ce qui n'est pas à interprété toutefois comme une tendance à l'optimisme.

L'équipe de Mc Crae précisait déjà que les traits innés sont prédictifs d'éléments importants de la vie. L'hypothèse d'une influence de la personnalité sur la carcinogenèse et l'évolution du cancer n'est pas nouvelle. Cassileth et al. (1985) en établissant une étude comparative de six maladies chroniques, dont le cancer, ont montré que l'adaptation était indépendante des différentes maladies somatiques mais dépendait surtout des capacités et des ressources de l'individu. L'adaptation dépendrait particulièrement des variables suivantes : niveau de détresse initiale; anxiété et pessimisme préalables, antécédents de troubles dépressifs, tentatives de suicide ou conduites addictives, de l'isolement social, des difficultés conjugales, de la précarité de la situation économique, d'événements de vie comme le divorce, la perte d'emploi ou la présence de deuils familiaux (Nezelof & Vandel, 1998). Aucun des facteurs psychosociaux précités ne prédirait à lui seul l'adaptation psychologique, qui est donc multifactorielle. Le névrosisme est souvent rapporté comme facteur de détresse psychologique dans des situations de stress et notamment lors de l'annonce d'un cancer (Dahl et al., 2005 ; Helgeson et al., 2004 ; Hinnen et al., 2007, 2008 ; Ranchor et al, 2002).

La détresse émotionnelle serait d'autant plus élevée que les patients présentent déjà une symptomatologie anxieuse ou dépressive en amont ou lors de la phase de diagnostic (Northouse, Templin, Mood & Oberst, 1998 ; Millar et al., 2005). De plus, le névrosisme est associé à une altération de la qualité de vie (Aarstad, Aarstad, Birkhaug, Bru & Olofsson 2003 ; Grov et al., 2009 ; Mykletun et al., 2005 ; Yamaoka et al., 1998). Aarstad et al., (2003) montrent que le névrosisme est inversement associé à la qualité de vie au-delà d'un an après la fin des traitements. Cette association serait indépendante de l'âge, du sexe, du niveau d'éducation. Den Ousten, Van Heck, Van der Steeg, Roukema & De Vries (2009) ont suivi

223 patientes présentant un cancer du sein. L'objectif de leur étude prospective était d'examiner les prédicteurs des symptômes dépressifs douze mois après le traitement chirurgical ainsi que la stabilité des symptômes dépressifs. Les auteurs ont montré que la fatigue et les symptômes dépressifs, la personnalité, en particulier le névrosisme, prédisent les symptômes dépressifs un an après le traitement chirurgical, ce qui va dans le sens des résultats de Golden-Kreutz & Andersen (2004). Une étude intéressante de Grov et al. (2009) a été menée auprès de 1428 patients, afin d'explorer les associations entre le névrosisme et la morbidité somatique et mentale ainsi que le mode de vie à long terme des survivants du cancer du testicule. Les auteurs ont pu montrer que le névrosisme était significativement associé à des plaintes somatiques, une mauvaise évaluation de l'état de santé et une moins bonne qualité de vie. Van der Steeg, De Vries, Van der Ent & Roukema (2010) ont suivi 202 femmes depuis l'annonce d'un cancer du sein. La cohorte a été scindée en deux, suite à la confirmation du caractère bénin ou malin de la tumeur mammaire (111 cancers bénins et 91 cancers malins). Le névrosisme, l'anxiété-trait et la qualité de vie ont été évalués à un, trois et six mois après l'annonce du diagnostic. Le névrosisme et l'anxiété-trait sont associés à une mauvaise qualité de vie, mais un résultat intéressant est que, dans leur étude comparative, le diagnostic de cancer du sein aurait moins d'impact que le profil de la personnalité sur la qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein.

Par ailleurs, d'autres auteurs ont noté le lien existant entre le névrosisme et d'autres éléments de la personnalité et notamment le pessimisme (Marshall & Lang, 1990 ; Smith, Pope, Rhodewalt & Poulton, 1989). Scheier, Carver, et Bridges (1994) ont été jusqu'à penser qu'une partie du névrosisme était un sentiment de pessimisme. Ainsi, le névrosisme est appréhendé en tant que facteur de vulnérabilité notamment lors de l'annonce d'un cancer primitif ou récidivant. Un autre facteur important de la personnalité, considéré quant à lui, comme protecteur, est l'optimisme.

3.2.2. L'optimisme

L'optimisme est une attente générale positive envers le futur qui couvre plus ou moins tous les domaines de vie (Carver & Scheier, 2005). C'est une confiance diffuse en l'avenir. Ainsi, comme le résument ces deux auteurs, « *les optimistes sont des personnes qui s'attendent à ce que des choses positives leur arrivent, les pessimistes sont des personnes qui s'attendent à ce que des choses négatives leur arrivent* » (Carver & Scheier, 2005). Beaucoup de théories se

rejoignent sur le fait que les attentes des gens déterminent leurs actions et comportements (Carver & Scheier, 2005 ; Friedman et al., 2006). Ainsi, dans des situations difficiles ou d'incertitudes, les optimistes sont théoriquement plus actifs pour tenter de résoudre les problèmes, et persévérants dans leurs actions que les pessimistes (Carver & Scheier, 2005). Enfin, il existe bien-sûr un continuum entre les plus optimistes et les plus pessimistes, la population se distribuant normalement sur cette variable (Carver & Scheier, 2005).

A un an de l'opération du cancer du sein, l'optimisme est associé au fait de trouver des bénéfices (Sears et al., 2003) dans des analyses multivariées contrôlant les variables sociodémographiques et médicales (Urcuyo, Boyers, Carver, & Antoni, 2005). Transversalement et à long terme, l'optimisme est également associé au fait de trouver des bénéfices au cancer du sein (Carver et al., 2006), comme à toutes sortes de cancers (Harper et al., 2007). Mais, à court terme, concernant divers cancers, Pinquart Fröhlich & Silbereisen (2007) ne trouvent pas de lien entre optimisme et des changements positifs pour les patients, les variables sociodémographiques et médicales étant contrôlées, ce qui va dans le sens des résultats d'autres études (Park & Fenster, 2004 ; Tomich & Helgeson, 2002).

Cousson-Gélie (2001a) a distingué, d'une part, les traits de personnalité immunogènes, salutogènes (comme l'optimisme), qui auraient un rôle protecteur et d'autre part, les traits de personnalité pathogènes (comme le pessimisme) qui favoriseraient l'apparition et l'évolution du cancer du sein. Ainsi, l'optimisme et le sens de l'humour seraient associés à une évolution favorable du cancer (Lévy, Lee, Bagley & Lippman, 1988). Carver et al. (1993) ont suivi 59 patientes atteintes de cancer du sein un jour avant la chirurgie, dix jours après, et à trois, six puis douze mois de survie. L'optimisme est corrélé négativement à la détresse à chaque étape. Friedman et al. (2006) ont suivi 81 femmes atteintes d'un cancer du sein. L'optimisme expliquerait 41% de la variance de l'ajustement émotionnel. Par ailleurs, il existerait un lien significatif entre le pessimisme (qui expliquerait 48% de la variance) et les perturbations de l'humeur. Deux études suggèrent un rôle médiateur du stress perçu dans le cas du cancer du sein (Cousson-Gélie, 2000 ; Schou et al., 2005). Transversalement au diagnostic, la menace perçue médiatise l'effet de l'optimisme sur la qualité de vie émotionnelle et sociale (Schou et al., 2005). Ainsi, les femmes optimistes évalueraient moins nocivement leur cancer, ce qui protège leur qualité de vie émotionnelle et sociale. Longitudinalement, le stress perçu au diagnostic médiatise aussi l'effet de l'anxiété-trait sur la qualité de vie globale évaluée deux ans plus tard (Cousson-Gélie, 2000) dans le sens où les femmes qui ont un trait de

personnalité anxieux et qui perçoivent la situation comme stressante, ont une mauvaise qualité de vie.

Juste avant une biopsie du sein, l'optimisme est associé à des niveaux plus faibles d'humeur négative et plus élevés d'humeur positive (Stanton & Snider, 1993). Après le diagnostic d'un cancer du sein et juste avant l'opération, l'optimisme est un facteur protecteur par rapport à la détresse associée à la chirurgie et à la suite de la maladie et des traitements (Carver et al., 1993 ; David, Montgomery & Bovbjerg, 2006 ; Schou, Ekeberg, Ruland, Sandvik & Karesen, 2004). Toujours au moment préopératoire, l'optimisme est également corrélé positivement à la qualité de vie générale, ainsi qu'à ses différentes dimensions, émotionnelle, sociale, cognitive, fonctionnelle, à l'exception de la dimension physique (Schou et al., 2005). Dans l'année qui suit le diagnostic ou la chirurgie, l'optimisme est encore salutogène pour l'anxiété et la dépression, ainsi que pour la qualité de vie (Carver et al., 1993 ; Epping-Jordan et al., 1999 ; Schou et al., 2004, 2005). Parmi les variables démographiques, médicales, les niveaux préopératoires d'anxiété et de dépression, et les stratégies de coping, l'optimisme est l'une des variables qui prédit le mieux une diminution de l'anxiété et de la dépression à un an du diagnostic (Schou et al., 2004). Dans une étude à l'étendue temporelle plus grande (suivi de un mois à quatorze ans), après contrôle de l'âge et du traitement médical, l'optimisme explique encore un pourcentage important de la variance de la qualité de vie émotionnelle, sociale et fonctionnelle, ainsi que de l'humeur (Friedman et al., 2006), à en moyenne deux ans du diagnostic. Avec une méthode statistique différente basée sur l'étude de trajectoires, Helgeson et al. (2004) mettent aussi en évidence que les ressources personnelles (dont l'optimisme par rapport à l'évolution de la maladie) permettent d'expliquer l'évolution positive de la qualité de vie mentale, de un à quatre ans après le diagnostic.

Ainsi, à court terme, l'optimisme semble salutogène pour la santé psychique, pour la plupart des auteurs. A plus long terme, on retrouve les mêmes résultats (Carver et al., 2005, 2006 ; Perkins, Barclay & Booth, 2007). En contrôlant des variables sociodémographiques et médicales, ainsi que de l'ajustement au diagnostic (évalué par la détresse émotionnelle, la dépression et la qualité de vie), l'optimisme initial prédit l'ajustement cinq ans plus tard (Carver et al., 2005). Une étude similaire montre que l'optimisme évalué à sept et onze mois du diagnostic, prédit moins de symptômes post-traumatiques d'évitement et d'intrusion six ans plus tard (Lebel, Rosberger, Edgar & Devins, 2008). Pourtant, dans cette même étude, l'optimisme évalué à trois, sept, onze et quinze mois du diagnostic ne prédit pas la détresse

émotionnelle à long terme. Toujours avec la même méthode et dans une population de femmes de plus de 70 ans, l'optimisme explique une part de variance de la satisfaction à vivre, de la dépression et de la santé générale perçue et ce, au-delà de la part de variance déjà expliquée par les variables sociodémographiques, médicales et l'état physique au moment de l'enquête (Perkins et al., 2007). En régression multiple incluant des variables sociodémographiques, médicales et psychologiques (optimisme, confiance par rapport à la récidive, soutien social), l'optimisme est lié à moins de sentiments négatifs, de dysfonctionnements sexuels, d'évitement social, de fatigue, de détresse par rapport à la récidive et par rapport à l'apparence, plus de sentiments positifs, plus de bénéfices tirés de la maladie (Carver et al., 2006). Les quatre dimensions de la qualité de vie qui ne montrent pas de lien avec l'optimisme sont : la douleur, les problèmes cognitifs, financiers et l'inquiétude qu'un membre de la famille puisse avoir le cancer (Carver et al., 2006). De même, Wong-Kim & Bloom (2005) ont montré que les femmes, ayant une détresse émotionnelle au début de leur prise en charge pour un cancer du sein, connaîtraient non seulement une augmentation du niveau de l'anxiété, une augmentation des pensées intrusives, du nombre de plaintes concernant l'état de santé et des difficultés de sommeil mais, les pessimistes auraient un risque trois fois plus élevé d'éprouver des symptômes dépressifs, un an après la chirurgie.

A propos de la récidive, Schultz, Bookwala & Knapp (1994) ont suivi, pendant huit mois, 238 patients ayant récidivé d'un cancer et les résultats indiquent que le pessimisme serait associé à une mortalité plus importante chez ces sujets. La durée de suivi étant brève, un suivi sur une plus longue durée, serait nécessaire pour confirmer ce résultat, notamment si l'on met en lien l'étude de Schou et al. (2004) qui montre que le pessimisme est le meilleur prédicteur du niveau d'anxiété et de dépression ressentie un an après l'intervention chirurgicale pour un premier cancer du sein.

Ainsi, on pourra retenir la quasi-unanimité de la littérature sur le lien positif entre optimisme et qualité de vie mentale quel que soit la localisation cancéreuse (Gotay et al., 2004), et même dans le cas de situations aversives diverses, qu'elles aient trait ou non à la santé (Carver & Scheier, 2005) et que ce soit à court ou à long terme. L'hypothèse de l'effet de l'optimisme sur la détresse vécue lors de l'annonce d'un cancer, par la médiation de certaines formes de coping a souvent été posée (Tennen & Affleck, 1998 ; Aspinwall, Sechrist & Jones, 2005 ; Carver & Scheier, 2005). Les optimistes ayant par définition des attentes positives et une confiance quant à l'évolution de leur situation devraient théoriquement être plus enclins à fournir des efforts pour résoudre leurs problèmes (Tennen & Affleck, 1998). En effet, la

motivation à l'action est en partie déterminée par l'attente positive et la confiance dans le résultat de la dite action, c'est-à-dire par l'optimisme (Carver & Scheier, 2005 ; Friedman et al., 2006). Ainsi, l'optimisme permettrait d'avoir la force de regarder les problèmes en face et de recourir à des stratégies de coping adaptées, sources de développement post-traumatique (Aspinwall et al., 2005). Toutefois, aucune recherche empirique n'a cherché à vérifier le rôle médiateur du coping entre l'optimisme et le stress post-traumatique, qui reste donc une simple hypothèse. Chez les femmes confrontées à l'annonce d'un cancer du sein, on trouve quelques études qui se sont intéressées à la question.

Si plusieurs montrent que les patients optimistes utilisent davantage que les autres la réévaluation positive de la situation (Sears, Stanton & Danoff-Burg, 2003), ainsi que des copings actifs et moins de désengagement (Carver et al., 1993 ; Scheier, Carver. & Bridges, 1994 ; Schou et al., 2004, 2005), d'autres auteurs n'ont pourtant pu établir qu'une corrélation négative entre optimisme et copings non-adaptatifs, mais aucune corrélation entre optimisme et copings adaptatifs . Blank & Bellizzi, 2006 ont en effet nuancé ces résultats, dans la mesure où si l'optimisme est bien corrélé négativement à un coping non adaptatif, il ne montre en revanche pas de corrélation avec un coping adaptatif, de un à quatre ans après les traitements. Le rôle médiateur des stratégies de coping entre l'optimisme et la détresse reste donc à démontrer par des études longitudinales menées sur un nombre important de sujets.

Synthèse :

Si les caractéristiques de la personnalité présentent un lien consistant avec la santé, ils ne rendent pas compte à eux-seuls, des réactions de l'individu face à une situation stressante. Or les transactions entre la personne et son environnement peuvent moduler la relation entre les antécédents (socio-biographiques, psychologiques et environnementaux) et l'issue du processus morbide. Ainsi, si, les optimistes et les pessimistes diffèrent dans leurs stratégies de coping, mais quelles sont-elles ? Comment ces stratégies de coping permettent-elles au patient d'appréhender l'annonce d'un cancer primitif ou récidivant ainsi que les mois qui suivent, jalonnés des étapes de la prise en charge de la maladie oncologique ? Et dans quelle mesure peuvent-elles être des prédicteurs de la détresse émotionnelle de ces patients ?

3.3. Coping, contrôle perçu et soutien social comme déterminants de la détresse émotionnelle

3.3.1. Le coping

3.3.1.1 Définition du coping

Historiquement issu des travaux sur les mécanismes de défense de Sigmund Freud (1926) et Anna Freud (1936), le concept de coping n'ayant pas d'équivalent en français, il est traduit en français par les termes de « stratégie d'ajustement » ou « stratégie d'adaptation » (Paulhan, 1994). Les deux courants, l'un sur les mécanismes de défense, l'autre sur le coping, coexistent aujourd'hui encore. Plus précisément, en psycho-oncologie, le concept d'« ajustement mental » remplace souvent celui de coping (Lazarus & Folkman, 1984). Nés dans des champs théoriques et expérimentaux distincts, ils ne sont pas des concepts équivalents (Cayrou & Dickès, 2008). L'ajustement mental se différencierait du coping du fait qu'il inclue les réactions émotionnelles involontaires et l'évaluation de la situation source de stress. Ainsi il ne distinguerait pas l'évaluation de la situation de stress de l'évaluation de la réponse à cette situation (Nordin & Glimelius, 1998 ; Wasteson, Glimelius, Sjoden & Nordin, 2006).

Le concept de coping (en anglais, issu du verbe anglais « to cope with » dont il faut retenir la signification de « faire face à »), quant à lui, est apparu dans les années 1960. Issu de la théorie du stress, il part du constat selon lequel les réactions des individus aux événements de la vie sont très variables. Il s'agit de « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » (Lazarus & Folkman, 1984). Cette définition est communément admise (Tennen, Affleck, Armeli & Carney, 2000). En d'autres termes, l'individu, lorsqu'il est confronté à une réalité nouvelle stressante, évalue ses ressources sociales et personnelles, et développe des réactions cognitives, émotionnelles et comportementales lui permettant d'y faire face. Des synonymes pourraient être le fait de « faire face », d'affronter, de s'adapter, de « s'ajuster » (Cousson-Gélie, 2006). Le stress dépendant de l'interaction entre l'individu et son environnement, le coping représente donc l'un des médiateurs (avec le stress perçu, le contrôle perçu et le soutien social perçu) entre événement stressant et la manifestation d'une détresse. Il s'agit tout autant d'une activité comportementale, émotionnelle que d'un processus de pensée. Le coping résulte donc d'une

première évaluation de la situation suivie d'une seconde évaluation. La première évaluation permet d'estimer la situation en tant que douleur, menace ou défi (Lazarus et al., 1984). La seconde consiste à déterminer ses ressources personnelles et sociales nécessaires pour faire face à la situation de stress.

Il faut comprendre le coping comme un processus spécifique à une situation, constamment changeant, et non comme une caractéristique générale et stable (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Krohne, 1996 ; Lazarus & Folkman, 1984). Il ne s'agit pas d'un trait de personnalité, puisqu'il change selon les stresseurs, et même lors du cancer, selon les étapes de la maladie (Heim et al., 1997).

A l'origine, Lazarus et Folkman distinguent deux types de stratégies de coping : le coping centré sur le problème (qui correspond à l'établissement d'un plan d'action, à une confrontation directe au problème) et le coping centré sur l'émotion (dont l'objectif est de régulariser et de réduire la tension émotionnelle provoquée par la situation stressante). Les auteurs mettent également en évidence l'utilisation simultanée de ces deux types quel que soit le stresseur rencontré. L'erreur souvent commise dans les recherches consiste à opposer ces deux stratégies et à comparer leur efficacité alors qu'elles fonctionnent ensemble. Le coping comporte donc les différentes fonctions de régulation des émotions et de résolution des problèmes, soit un ensemble de réactions conscientes et inconscientes que le sujet met en place pour s'ajuster à un événement qui vient menacer son équilibre vital (Cayrou & Dickès, 2008). Par la suite, une troisième stratégie de coping est définie : la recherche de soutien social qui correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui (Greenglass, 1993; Moos & Holahan, 2003; Litman, 2006). En effet, selon Bruchon-Schweitzer (2002), la recherche de soutien social apparaît parfois comme une troisième stratégie. Elle se caractérise par les efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui. Cette stratégie peut toutefois être reclassée dans le coping centré sur le problème si l'appel à autrui consiste à lui demander une aide matérielle ou de l'information, ou dans le coping centré sur l'émotion s'il est demandé à autrui écoute et empathie.

Trop nombreuses sont les nomenclatures de coping (Folkman & Moskowitz, 2004) pour que toutes puissent être exposées ici. Néanmoins, on peut appréhender le coping de façon « micro- ou macro-analytique » (Krohne, 1996), les deux approches n'étant bien sûr pas exclusives l'une de l'autre. De façon macro-analytique, on distingue généralement deux grandes formes de coping : le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion (Bruchon-

Schweitzer, 2002 ; Fischer & Tarquinio, 2006). Comme leurs noms l'indiquent, le coping centré sur le problème correspond aux efforts d'un individu pour agir directement sur le problème, tandis que celui centré sur l'émotion correspond aux efforts destinés à réduire ou à mieux gérer les émotions associées au problème. Souvent, en cas de situations contrôlables, le coping centré sur le problème est le plus salutogène, tandis qu'en cas de situations non contrôlables, c'est le coping centré sur l'émotion qui peut s'avérer le plus efficace (Fischer & Tarquinio, 2006). Néanmoins, une prudence est nécessaire avant d'énoncer l'efficacité d'un coping, un coping pouvant être salutogène ou non selon les personnes, les stresseurs, et les moments auquel il est déployé, ce qui fait qu'il n'y pas, en soi, de bonnes ou de mauvaises stratégies de coping (Fischer & Tarquinio, 2006 ; Folkman & Moskowitz, 2004 ; Krohne, 1996).

Il existe de nombreuses autres façons d'appréhender le coping. A titre d'illustration, une des échelles de coping les plus pratiquées, la Ways of Coping Checklist (WCC), traduite et adaptée en français en 1996 (Cousson et al., 1996) comporte dans cette version trois dimensions que sont le coping centré sur le problème, sur l'émotion, et la recherche de soutien social. Il faut aussi noter qu'il existe des échelles de coping spécifiques à certaines situations. Certains auteurs ont mené des entretiens qualitatifs afin de déterminer s'il existait des stratégies de coping spécifiques à la situation de la maladie cancéreuse. Greer, Morris et Pettingale (1979) sont les premiers à avoir mis en évidence les stratégies de coping de 69 patientes ayant subi une mastectomie trois mois auparavant. Quatre stratégies ont donc été dégagées grâce à des entretiens semi-structurés : le déni (rejet du diagnostic, minimisation de la gravité de la situation), l'esprit combatif (optimisme, combat contre la maladie, recherche d'informations,…), l'acceptation stoïque (les patientes connaissent le diagnostic et se contentent des informations qui leur ont été fournies, elles continuent à vivre comme avant en ignorant leur cancer) et l'impuissance/désespoir (perte d'espoir en l'avenir, sentiment d'être perdues). Greer & Watson (1987) transforment l'entretien semi-structuré utilisé par Greer et al. (1979) en un questionnaire qu'ils nomment la MAC (Mental Adjustment to Cancer) Scale et qui se compose des quatre stratégies déjà mises en évidence. En 1988, Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess et Robertson (1988) rajoutent à ce questionnaire une cinquième dimension appelée préoccupations anxieuses. Ils effectuent une analyse factorielle des réponses de 235 patients cancéreux, et obtiennent cinq facteurs : l'impuissance/désespoir, l'esprit combatif, les préoccupations anxieuses, le fatalisme et l'évitement.

En s'appuyant sur ces dernières considérations, notre étude utilise la MAC comme le seul outil d'évaluation des stratégies de coping auprès des patients atteints de cancer. Ainsi, à ce titre, nous ne développerons pas, ici, la troisième stratégie de coping à savoir la recherche du soutien social.

Lazarus (1993) admet l'existence de stratégies plus ou moins stables en fonction des situations et de la personnalité : la pensée positive dépend plus des caractéristiques personnelles, alors que la recherche de soutien social est instable et dépend plus du contexte social. Toutes les stratégies de coping axées sur le problème visent la diminution ou l'élimination du stress par un acte cognitif et comportemental en agissant directement sur la source du stress. L'attaque, l'évitement, les techniques de résolution de problèmes constituent des stratégies axées sur la résolution du problème. Parfois, le problème ne peut être changé et il faut s'en accoutumer tant bien que mal. Les stratégies d'adaptation axées sur les émotions peuvent rendre alors être également utiles à l'individu. Elles correspondent à une stratégie cognitive et émotionnelle qui permet de diminuer, voire d'éliminer le stress en percevant la source de stress différemment. La relaxation sous ses diverses formes, l'humour, l'expression des émotions, la comparaison sociale, sont des stratégies de coping axées sur l'émotion. Un nombre important d'outils évaluent le coping et font état de la diversité des items et des dimensions qui lui sont associées. Selon Cousson-Gélie et al. (1996), une stratégie de coping peut être employée dans le but de résoudre ou de modifier le problème perçu comme stressant ou dans le but de gérer la détresse émotionnelle associée.

Le coping est un processus complexe, multidimensionnel, sensible aux facteurs environnementaux (demandes et ressources) et aux facteurs dispositionnels (personnalité) qui influencent l'évaluation du stress et des ressources disponibles. Lazarus (1993) insiste sur le changement de position théorique qui se focalise non plus sur les « défenses du moi » mais sur un concept plus général qui est l'évaluation (appraisal). L'évaluation intervient en tant que médiateur des réactions de stress. La difficulté la plus importante tiendrait peut-être à la nature même des évaluations (appraisals) dont Lazarus lui-même reconnaît la nature non consciente puisqu'elles sont influencées par les émotions (Lazarus, 2000). Ainsi, le coping est associé à la régulation des émotions, tout en étant influencé par les émotions qui interviennent dans l'évaluation de la situation.

De plus, le coping est donc un processus en constante évolution, difficile à mesurer. De ce fait, la distinction entre deux fonctions du coping (orienté sur la résolution du problème ou la gestion des émotions) n'est pas forcément pertinente. L'amélioration de la mesure du coping

passe probablement par des techniques qualitatives et une approche globale. En effet, l'avancée des travaux dans la perspective cognitive conduit à un élargissement de la vision du stress et du coping dans le champ plus vaste des recherches sur les émotions : l'approche cognitive-motivationnelle-relationnelle des émotions (Lazarus, 1991, 1993, 2006). L'inclusion des émotions dans l'étude du coping permet aujourd'hui d'affiner cette notion d'évaluation et de reconsidérer la façon de faire face aux situations stressantes. En 2006, Lazarus ajoute qu'il y a quatre processus fondamentaux dans ce système théorique : le fait d'évaluer constamment la situation, le coping comme processus, le flux continuel des actions et des réactions la signification relationnelle. L'orientation actuelle de ces recherches (Lazarus, 2006) vise à mettre l'accent sur une approche centrée sur la personne plutôt que sur une approche centrée sur une variable. Parallèlement, depuis 1996, Suzanne Folkman s'appuie sur les recherches d'Aspinwall & Taylor (1997) concernant le coping « proactif ». En effet, au lieu de s'intéresser à la façon dont une personne fait face à des événements stressants actuels ou passés, ces auteurs se sont penchés sur l'idée de prévenir l'impact d'un événement potentiellement stressant à venir et d'identifier les stratégies de coping à adopter pour s'adapter au mieux. Leur modèle définit cinq composantes interdépendantes du coping proactif : l'importance de la construction d'une réserve de ressources (y compris ressources temporelles, financières et sociales), la (re)connaissance des facteurs de stress potentiels, les évaluations initiales de ces facteurs potentiels de stress, les premiers coping mis en place ainsi que l'explicitation et l'utilisation d'une régulation rétroactive des coping adaptés (Aspinwall, 2003).

Les récents travaux sur le coping semblent s'orienter vers un aspect essentiel : la reconnaissance du rôle capital joué par les émotions. Les orientations nouvelles dans le champ du coping semblent prometteuses.

3.3.1.2 Coping et cancer

De nombreuses études ont évalué les stratégies de coping chez les patients atteints de maladies cancéreuses, études principalement de nature rétrospective (Bloom & Spiegel, 1984 ; Classen, Koopman, Angell & Spiegel, 1996 ; Lavery & Clarke, 1996 ; Manne et al., 1994 ; Petticrew, Bell. & Hunter, 2002 ; Stanton et al., 2002 ; Watson, Greer, Pruyn & Van Der Borne, 1990 ; Watson, Haviland, Greer, Davidson & Bliss, 1999). Si la situation est évaluée par l'individu comme contrôlable alors il mettra davantage en place de stratégies de coping centrées sur le problème alors que si la situation est évaluée comme incontrôlable, il

mettra plutôt en place des stratégies centrées sur l'émotion (Folkman & Lazarus 1988 ; Watson et al. (1990) De plus, le résultat de nombreuses études montre que l'évitement est associé à un mauvais ajustement émotionnel des patientes atteintes d'un cancer du sein (Bloom & Spiegel, 1984 ; Manne et al., 1994).

Divers travaux ont montré que le coping était un médiateur entre des variables sociodémographiques et médicales d'une part, et la détresse d'autre part (Le Coroller-Soriano et al., 2008). La modalité adaptative peut être jugée plus ou moins fonctionnelle (Cousson-Gélie, 2006), mêlant :

- l'esprit combatif ou « fighting spirit », qui correspond à la tendance de l'individu à se confronter activement à la maladie qu'il considère comme un défi, à endosser une vision optimiste du futur et à croire qu'il peut en partie contrôler sa maladie, mettant en place des stratégies dites actives
- l'impuissance-désespoir ou « helplessness-hopelessness », tendance inverse de l'individu qui perçoit sa maladie de façon négative et adopte une attitude pessimiste à son encontre, considérant le pronostic péjoratif comme inévitable et l'absence de contrôle sur l'évolution de celle-ci. Ces sujets ne développent pas de stratégies actives
- les préoccupations anxieuses, qui traduisent une angoisse sous-jacente liée au diagnostic et au pronostic, ces sujets considérant avoir peu de maîtrise sur la situation et mettent en place des stratégies souvent compulsives visant la réassurance
- le fatalisme, associé à une banalisation du diagnostic et à une acceptation du pronostic quel qu'il soit, l'individu ayant la perception d'une absence de maîtrise. Il en résulte des attitudes d'acceptation passive ou de résignation
- et enfin le déni, où l'individu ne considère pas la maladie comme une menace, garde de ce fait une vision assez optimiste de l'avenir et ne met en place aucune stratégie de contrôle particulière.

La littérature abonde d'études cherchant à identifier les stratégies adaptatives les plus efficaces et un certain nombre d'auteurs identifient les stratégies d'impuissance-désespoir et de non-expression des émotions négatives comme étant « dysfonctionnelles », à l'origine d'une plus forte détresse et d'une moindre qualité de vie du patient (Cousson-Gélie et al., 2005). Mais ce débat continue à faire l'objet d'études contradictoires qui montrent notamment que l'éventail des réactions psychologiques d'adaptation au stress est large, fluctuant d'un patient à l'autre et d'un moment à l'autre de son parcours dans la maladie (à toutes les phases de celle-ci, pendant ou à l'issue des soins).

Plusieurs études en cancérologie ont analysé les liens entre le processus de coping et les symptômes associés à la détresse émotionnelle des patients (échelle d'anxiété et de dépression) (Grassi, Rosti, Lasalvia & Marangolo, 1993 ; Cayrou & Dickes, 2002 ; Stanton & Snider, 1993), au soutien social et familial (Akechi et al., 1998a ; Akechi, Okamura, Yamawaki & Uchitomi, 1998b), à la qualité de vie (Anagnostopoulos, Kolokotroni, Spanes & Chryssochoou, 2006 ; Ferrero, Barreto & Toledo, 1994) ou encore, la sévérité de la maladie (Mystakidou et al., 2005). Ainsi, les résultats de ces études ont montré que les symptômes associés à l'anxiété, à la dépression et aux phobies sont associés à une plus grande détresse et à un esprit combatif moins fort. L'esprit combatif serait de moins en moins prononcé au fur et à mesure que l'âge augmente, mais il se renforce avec le niveau d'études. L'esprit combatif s'améliore avec les échelles de santé perçue, contrairement à la détresse, laquelle est plus fréquente lorsque la personne est atteinte d'un handicap sévère. L'esprit combatif est associé à un besoin d'information, d'explications claires et à la recherche d'une relation soutenue avec l'équipe soignante. Si le malade a un esprit combatif élevé, est de sexe féminin et a un niveau d'études élevé, alors il souhaite de façon plus importante que les autres communiquer avec le médecin. L'impuissance-désespoir est davantage liée aux échelles de dépression qu'aux échelles d'anxiété (et vice versa pour les préoccupations anxieuses).

Ainsi, le coping centré sur le problème est généralement associé à un bon ajustement émotionnel et à une meilleure qualité de vie (Al-Azri, Al-Awisi & Al-Moundhri, 2009 ; Cayrou & Dickes, 2008 ; Cotton et al., 1999 ; Danhauer, Crawford, Farmer & Avis, 2009 ; Epping-Jordan et al., 1999 ; Filazoglu & Griva, 2008 ; Ransom, Jacobsen, Schmidt, & Andrykowski, 2005 ; Stanton et al.,2000, 2002) et à une détresse émotionnelle moindre (Al-Azri et al., 2009 ; Ptacek, Ptacek & Dodge, 1994 ; Schnoll, Harlow, Brandt. & Stolbach, 1998). Ces stratégies semblent d'autant plus efficaces que les patientes ont de l'espoir (Stanton, Danoff-Burg et Huggins, 2002) et permettent aux patients de donner du sens à ce qui leur arrive (Jim, Richardson, Golden-Kreutz & Andersen, 2006). Cependant, certaines études n'ont pas montré le rôle salutogène du coping centré sur le problème sur l'ajustement émotionnel. Au contraire, cette stratégie s'est révélée associée à un mauvais ajustement émotionnel (Carver et al., 1993 ; Manne et al., 1994 ; Cousson-Gélie, 2000). L'hypothèse selon laquelle le coping centré sur le problème ne serait efficace que lorsque la situation est objectivement contrôlable est alors souvent posée (Kemp, Morley S. & Anderson, 1999 ; Lazarus & Folkman, 1984 ; Suls & Fletcher, 1985). Or, être atteint d'un cancer est un événement qui est objectivement peu contrôlable. Dans certains cas, et notamment à

proximité du diagnostic, les stratégies de coping centrées sur le problème sont positivement liées à la détresse psychologique (Schou et al., 2005 ; Stanton & Snider, 1993). Ainsi, à proximité du diagnostic, ces stratégies semblent plutôt révélatrices d'une certaine détresse et peu salutogènes par rapport à celle-ci, tandis qu'ultérieurement, elles peuvent s'associer finalement au bien-être et à une diminution de la détresse. Nous pouvons également garder à l'esprit qu'un coping centré sur le problème à court terme peut même s'avérer prédicteur de détresse émotionnelle à long terme (Lebel et al, 2008). En effet, dans leur étude auprès de 86 patientes, Lebel et al. (2008) ont évalué à trois, sept, onze et quinze mois la détresse émotionnelle et les stratégies de coping. Ils ont réévalué les patientes six ans après le diagnostic. Dans une analyse de régression hiérarchique, en contrôlant l'âge et le niveau d'éducation, ils ont montré que le coping centré sur le problème à trois et sept mois, prédisait une détresse émotionnelle plus importante à six ans ($R2 =. 24$, $p <0,01$). Les auteurs pointent que le recours trop important à des stratégies centrées sur le problème à l'annonce du diagnostic et dans les mois qui suivent, peut être préjudiciable pour les patients, à long terme. L'étude prospective de Carver et al. (1993) montre l'impact de certaines stratégies de coping sur la détresse émotionnelle ainsi que la dimension temporelle comme importants à prendre en compte. Si les stratégies d'évitement et de désengagement comportemental prédisent la détresse émotionnelle, certaines autres n'ont un impact qu'à certains moments mais la stratégie de recours à l'humour ne semble protéger de la détresse émotionnelle qu'immédiatement après la chirurgie et six mois après. La stratégie qui consiste à accepter sa maladie prédit un bon ajustement émotionnel dans le temps ce qui n'est pas le cas pour la stratégie de coping centrée sur le problème et la stratégie liée aux croyances religieuses. Ces résultats quelque peu contradictoires semblent en lien avec les temps d'évaluation qui ne sont pas les mêmes pour les auteurs. Cependant, il apparaît que le temps est un facteur important à prendre en considération dans l'évaluation des stratégies de coping. Le coping est bien un processus qui évolue dans le temps.

La littérature montre également que l'impuissance-désespoir et les préoccupations anxieuses accroissent la morbidité psychologique (Ben-Zur, 1999 ; Cotton et al., 1999 ; Cousson-Gélie, Irachabal, Bruchon-Schweitzer, Dihuldy. & Lakja, 2005 ; Felder, 2004 ; Schnoll et al., 1998). L'évitement est notamment associé à un mauvais ajustement (Ben-Zur, Gilbar. & Lev, 2001 ; Bloom & Spiegel, 1984 ; Carver et al., 1993 ; Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor & Falke, 1992; Holland & Holahan, 2003 ; Jadoulle et al., 2006 ; Ptacek et al., 1994 ; Romero, Lindsay, Dalton, Nelson & Friedman, 2008), à une aggravation de la maladie et à la peur de la

récidive (Al-Azri et al., 2009 ; Li & Lambert, 2007 ; Stanton, et al., 2002). En contrôlant la détresse émotionnelle au diagnostic d'un cancer du sein, six mois plus tard, la proportion de coping de désengagement émotionnel (retrait social et autocritique) utilisée par rapport à tous les autres formes de coping, s'accompagne d'anxiété et de dépression (Osowiecki & Compas, 1999). L'évitement après les traitements prédit aussi plus de détresse et moins d'affectivité positive trois mois plus tard (Stanton et al., 2002). A court terme, l'évitement cognitif ou comportemental semble donc délétère pour l'ajustement (Carver et al., 1993 ; Osowiecki & Compas, 1999 ; Stanton & Snider, 1993 ; Stanton et al., 2002).

Par ailleurs, l'évitement cognitif et comportemental serait également associé à un mauvais ajustement émotionnel (Bloom & Spiegel, 1984 ; Gerits, 1997 ; Irvine & Brown, 1984 ; Kemp et al., 1999 ; Manne et al., 1994).

Carver et al. (1993) montrent par ailleurs, que les stratégies de déni, d'acceptation et de désengagement comportemental joueraient un rôle médiateur dans la relation entre l'optimisme et la détresse ultérieure. Rappelons à ce propos que les optimistes et les pessimistes diffèrent dans leurs stratégies de coping. D'une façon générale, l'optimisme favorise la recherche d'informations et de solutions vis-à-vis d'un problème, c'est-à-dire des stratégies de coping centrées sur le problème dans des situations contrôlables, tandis que le pessimisme renvoie à plus d'évitement mental, comportemental et social (Aspinwall et al., 2005 ; Carver & Scheier, 2005). Dans des situations non contrôlables, les optimistes ont recours à l'acceptation, l'humour et à une réinterprétation positive de la situation (Carver & Scheier, 2005). Au diagnostic du cancer du sein, les optimistes utilisent significativement plus l'esprit combatif et moins le coping de fatalisme que les pessimistes (Schou et al., 2004). De un à quatre ans des traitements, ces résultats sont nuancés dans la mesure où si l'optimisme est bien corrélé négativement à un coping non adaptatif, il ne montre en revanche pas de corrélation avec un coping adaptatif (Blank & Bellizzi, 2006). En outre, plusieurs études ont montré que l'effet de l'optimisme sur l'ajustement ou la qualité de vie est médiatisé par certaines formes de coping (Carver et al., 1993 ; Stanton & Snider, 1993 ; Epping-Jordan et al., 1999 ; Schou et al., 2005). Avant une biopsie du sein, l'optimisme prédit négativement l'humeur négative par la médiation d'un coping d'évitement cognitif, tandis qu'il prédit aussi positivement l'humeur positive par la médiation d'un coping de focalisation positive (Stanton & Snider, 1993). Dans les deux cas (humeur positive et négative), l'optimisme a un effet direct et indirect sur l'humeur (Stanton & Snider, 1993). A moins d'un an du diagnostic du cancer du sein, un faible optimisme est lié directement à l'anxiété et à la dépression, et aussi

indirectement aux deux issues par la médiation de l'auto-critique, de toutes formes de désengagement (comportemental, social, psychologique comme le déni), ainsi que par l'acceptation et l'humour (Carver et al., 1993 ; Epping-Jordan et al., 1999). A un an de l'opération du sein, la relation entre optimisme et qualité de vie est totalement médiatisée par deux stratégies de coping, l'impuissance/désespoir et l'esprit combatif, de sorte que les optimistes réagissent par un esprit combatif associé à une bonne qualité de vie, tandis que les pessimistes réagissent par de l'impuissance/désespoir allant de pair avec une diminution de la qualité de vie (Schou et al., 2005).

Synthèse :

L'étude du coping en tant que processus implique donc que l'attention soit portée sur le changement permanent des stratégies de coping au cours du temps ou en fonction des situations. Lazarus (1993) admet l'existence de stratégies plus ou moins stables en fonction des situations et de la personnalité. En particulier, le coping centré sur le problème est plus utilisé et plus efficace lorsque la situation est modifiable, alors que le coping centré sur l'émotion est plus utile lorsque la situation ne peut être modifiée.

La plupart des recherches montrent que l'ensemble des stratégies centrées sur le problème, s'avèreraient être des stratégies fonctionnelles pour l'ajustement des patients atteints d'un cancer, particulièrement dans les premiers mois qui suivent l'annonce d'un cancer. D'autres stratégies telles que la prise de distance, le fait de positiver, l'humour et la distraction seraient aussi des stratégies reliées à une détresse faible et une qualité de vie élevée à condition qu'elles n'atteignent pas l'extrême, c'est-à-dire l'évitement ou le déni, qui sont reconnus comme étant des stratégies dysfonctionnelles. Quant aux stratégies émotionnelles apparentées aux émotions négatives (impuissance/désespoir, préoccupations anxieuses…), elles seraient associées à une détresse psychologique.

Néanmoins, comme le rappellent Fisher & Tarquinio, « *l'efficacité du coping n'a donc aucun caractère automatique ; elle doit être appréciée en fonction d'une multiplicité de critères qui le rendent fonctionnel dans un cas et pas nécessairement dans d'autres* », (Fisher & Tarquinio, 2006, p. 125). De plus, d'autres facteurs, comme le sentiment de contrôle, interviennent dans la façon dont le patient fait face à l'annonce d'un cancer primitif ou récidivant.

3.3.2. Sentiment de contrôle et détresse émotionnelle

Des recherches ultérieures au modèle de « l'impuissance apprise » de Seligman et de ses collaborateurs (1975) ont étudié la vulnérabilité d'animaux à la maladie. Elles ont montré qu'un stress incontrôlable induisait une plus grande propension à développer un cancer et augmentait la progression de la maladie. Chez l'homme, l'impuissance-désespoir est un « état psychologique qui résulte du fait de croire que les événements sont incontrôlables » (Seligman, 1975). C'est donc la perception d'une absence de contrôle sur les événements indésirables qui créerait des cognitions d'impuissance et de désespoir. C'est ce que l'on appelle aussi la « résignation apprise ». Cette croyance pessimiste est une conséquence d'un apprentissage antérieur. Les individus qui expliquent les événements négatifs en termes de causes internes auront tendance à être déprimés et à réagir par des sentiments d'impuissance-désespoir quand ces événements se produiront. D'après Folkman & Lazarus (1988), si la situation est évaluée par l'individu comme contrôlable alors il mettra davantage en place de stratégies de coping centrées sur le problème alors que si la situation est évaluée comme incontrôlable, il mettra plutôt en place des stratégies centrées sur l'émotion. Watson et al. (1990) ont confirmé cette hypothèse auprès de 68 patients atteints de divers cancers en montrant que la croyance en un contrôle interne de l'évolution de leur maladie était associée à un esprit combatif (stratégie centrée sur le problème). Selon de nombreux auteurs, la perception de la contrôlabilité de la maladie cancéreuse est liée à un bon ajustement psychosocial. Ainsi, Taylor et al. (1984) ont montré que la croyance en sa capacité de contrôler l'évolution de sa maladie et la croyance que son entourage peut la contrôler sont significativement associées à un bon ajustement psychologique. Pruyn et al. (1988) ont montré que parmi 118 femmes atteintes d'un cancer du sein, celles qui avaient le sentiment de contrôler l'évolution de leur maladie recevaient plus de soutien social, avaient une plus haute estime de soi, éprouvaient moins de douleurs physiques, d'anxiété et de sentiments négatifs. Taylor, Lichtman & Wood (1984) ont observé dans une étude rétrospective menée auprès de 78 patientes atteintes d'un cancer du sein, que la croyance en sa capacité de contrôler l'évolution de sa maladie et la croyance que son entourage peut la contrôler sont significativement associées à un bon ajustement psychologique. De même, l'étude prospective de Spiegel & Bloom (1983) qui a consisté à suivre, pendant un an, 54 femmes atteintes d'un cancer métastatique a montré que le fait de ne pas croire en sa capacité à contrôler la maladie est associé significativement à des problèmes psychologiques.

Néanmoins, la valeur adaptative du contrôle associée de façon positive et significative à la survie ne fait pas l'objet d'un consensus. Si certains auteurs, comme Jamison, Burish & Wallston (1987), démontrent que les patientes ayant un fort contrôle externe (penser que l'évolution de la maladie est due au hasard) survivent significativement moins longtemps, d'autres auteurs ne trouvent aucune association entre contrôlabilité et survie (Cousson-Gélie et al., 2005 ; Morris, Pettingale & Haybittle, 1992). Finalement, à court terme, plus que le contrôle perçu, ce serait l'optimisme sur la récidive qui impacterait l'ajustement (Carver et al., 2000), tandis que cela ne semble pas se confirmer à long terme (Carver et al., 2005).

Tomich & Helgeson (2006) ont mesuré le contrôle perçu sur la maladie à quatre mois du diagnostic. Ce contrôle comprend le contrôle perçu sur les symptômes quotidiens liés à la maladie et aux traitements, le contrôle perçu sur l'évolution du cancer, ainsi que sur ses émotions liées au cancer. Chez les femmes dont le cancer n'a pas évolué défavorablement (c'est-à-dire sans récidive), le contrôle personnel perçu sur la maladie augmente le fait de trouver des bénéfices cinq ans après le diagnostic, tandis que chez celles dont le cancer a repris, le contrôle personnel perçu diminue les bénéfices trouvés à la maladie cinq ans après le diagnostic. La question du lien entre contrôle perçu sur la maladie et le stress post-traumatique est donc délicate car pour bien y répondre, il faudrait distinguer les différents types de contrôles perçus sur la maladie, ainsi que les interactions possibles avec les caractéristiques objectives de la maladie.

Le contrôle perçu sur la maladie est souvent évalué par trois dimensions correspondant à trois facettes différentes : le contrôle sur l'évolution de la maladie, sur les symptômes quotidiens provoqués par la maladie, ainsi que sur les émotions associées à cette situation (Helgeson, 1992 ; Helgeson et al., 2004 ; Tomich & Helgeson, 2006). Le contrôle perçu sur la maladie semble avoir un effet positif sur l'ajustement et la qualité de vie, mais toutefois uniquement dans certaines conditions qu'il est important de préciser. Taylor, Lichtman & Wood (1984) montraient déjà que le contrôle perçu sur le cancer du sein prédisait un bon ajustement à la maladie. Examinant par analyses en croissances latentes l'évolution de la qualité de vie mentale de un à quatre ans du diagnostic du cancer du sein sans récidive, Helgeson et al. (2004) constatent que les ressources personnelles (qui comprennent le contrôle perçu) expliquent clairement l'évolution positive de la qualité de vie mentale et physique. Toutefois, si le contrôle perçu sur l'évolution du cancer est associé à un coping combatif (Watson et al., 1990), ainsi qu'à moins de retrait social et de tensions ressenties (Jenkins & Pargament, 1988),

il ne montre cependant pas de lien avec l'anxiété ou la dépression (Osowiecki & Compas, 1999 ; Watson et al., 1990).

En revanche, à quelques jours du diagnostic d'un cancer du sein, l'effet d'interaction du contrôle avec un coping centré sur le problème prédit moins d'anxiété et de dépression, mais il n'est plus valable à trois et six mois du diagnostic (Osowiecki & Compas, 1999). Un contrôle sur la maladie peut donc s'avérer non lié à l'ajustement, ou lié de façon positive. Mais, il peut également être nuisible. Par exemple, en cas de non récidive, le contrôle sur la maladie, évalué au moment du diagnostic n'a pas d'effet sur la qualité de vie (ni mentale, ni physique) évaluée cinq ans plus tard (Tomich & Helgeson, 2006). En revanche, en cas de récidive, le contrôle perçu évalué au moment du diagnostic montre cette fois en régressions hiérarchiques un effet négatif sur la qualité de vie physique et mentale (Tomich & Helgeson, 2006). On retrouve quelque peu ce même résultat chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, où le contrôle sur la douleur est associé à une meilleure humeur en cas de douleur légère, mais à une mauvaise humeur en cas de douleur forte (Tennen, Affleck, Urrows, Higgins & Mendola, 1992). Ainsi, la gravité de la situation médicale (douleur forte pour l'arthrite, récidive du cancer, etc.) interagit avec le contrôle perçu, de façon négative dans les exemples précédents. Elle peut aussi interagir positivement avec le contrôle perçu dans d'autres situations. Une recherche sur des personnes ayant fait une première attaque cardiaque montre qu'après cette première attaque, on n'observe pas d'effet du contrôle sur l'ajustement (Helgeson, 1992). En revanche, pour celles souffrant d'un second problème cardiaque survenant dans les trois mois après le premier, le contrôle aura ici un effet bénéfique sur la détresse psychologique, il sera associé à une diminution de la détresse (Helgeson, 1992). Ainsi dans cet exemple, en cas de plus grande menace, le contrôle a un effet positif. En résumé, sous une menace légère ou moyenne, le contrôle perçu sur la maladie peut être lié positivement à l'ajustement ou à la qualité de vie.

Récemment, Henselmans et al., (2010a) ont démontré que l'effet protecteur de la maîtrise sur la détresse psychologique peut être expliqué par des différences individuelles, dans l'évaluation des menaces et le sentiment d'auto-efficacité à faire face. Ainsi, les femmes ayant un fort sentiment de contrôle sur la vie s'inquièteraient moins de l'impact que le cancer a eu sur leur vie et auraient plus confiance en leurs capacités d'adaptation personnelles que les femmes ayant un faible sentiment de contrôle. Par la suite, dans une autre recherche Henselmans et al., (2010b), ces auteurs ont pu mettre en évidence que les différences entre les trajectoires de détresse étaient significativement liées non seulement au nombre de plaintes

concernant le traitement (chimiothérapie et radiothérapie) ainsi qu'à certains caractéristiques de la personnalité (névrosisme et optimisme), mais surtout au sentiment de maîtrise des patientes : les femmes qui ont présenté une trajectoire de détresse « résiliente » durant toute la première année qui a suivi l'annonce du diagnostic sont celles qui ont rapporté le moins de plaintes physiques (à cause du traitement), qui avaient de fortes ressources personnelles (optimisme élevé, sentiment de maîtrise et stabilité émotionnelle). Le sentiment de maîtrise est la seule caractéristique qui prédirait l'appartenance à ce groupe.

En revanche, sous une menace forte, le contrôle devient un facteur de risque pour l'ajustement en cas de situation plutôt non contrôlable (récidive du cancer, douleur forte), et un facteur protecteur pour l'ajustement en cas de situation plutôt contrôlable (complications cardiaques). Cependant, l'étude de Carver et al. (2000) relativise l'effet du contrôle perçu sur l'ajustement. Dans leur recherche sur le cancer du sein, à moins d'un an du diagnostic, une femme sur deux pense que la récidive dépend plus d'elle que de facteurs externes. Mais, les auteurs montrent que l'ajustement (évalué par l'humeur) ne dépend pas du contrôle perçu sur la récidive mais de la confiance en l'avenir à ce sujet. Pourtant, la confiance par rapport à la récidive évaluée au diagnostic ne prédit ni l'ajustement psychologique, ni la qualité de vie mesurés cinq à treize ans plus tard, toujours dans le cas du cancer du sein (Carver et al., 2005, 2006). Le contrôle comportemental n'est pas le seul facteur en jeu. La capacité de prévision intervient également. Sous ce terme, on fait référence aux informations dont dispose le sujet à la fois sur la façon dont la situation évolue au cours du temps et sur les conséquences de ses actions. La possibilité de contrôler la situation et d'en prévoir l'issue joue un rôle important dans l'attitude adoptée par le sujet face à la situation stressante.

Si le coping résulte donc d'une première évaluation de la situation suivie d'une seconde évaluation, la seconde évaluation, quant à elle, dépend des caractéristiques de la situation mais aussi des capacités et des ressources disponibles susceptibles d'éliminer ou d'atténuer les effets de la situation stressante. L'une de ces ressources reconnues comme jouant un rôle décisif dans l'explication de la détresse des sujets à une situation stressante est le soutien social.

3.3.3. *Détresse et soutien social*

Tous les hommes sont dépendants les uns des autres, « nous devons notre humanité à autrui » (Fiat, 2006). Au-delà de la nécessaire présence humaine pour la survie à la naissance, il n'est pas inutile de rappeler et d'évoquer la place importante des relations sociales dans le développement de l'enfant et notamment l'importance des comportements d'attachement qui permettent de développer un sentiment de sécurité et d'estime de soi dès la naissance (Bowlby, 1969). Cet auteur affirme que l'attachement n'est pas automatique et qu'il dépend d'un processus d'interactions réciproques entre la mère et l'enfant. A la même époque, en 1968, Spitz démontre que la « seule » carence affective chez les jeunes enfants placés en institution dans les dix-huit premiers mois de la vie a pour conséquence un développement mental et physique entravé pouvant aller jusqu'à la mort (hospitalisme). Nous pouvons également rappeler les travaux de 1943 de Maslow et sa « pyramide des besoins ». Ce chercheur positionne les besoins sociaux immédiatement après les besoins physiologiques (maintien de la vie) et psychologiques (besoin de sécurité). Ces besoins sociaux comprennent l'affectivité, l'estime et la reconnaissance d'autrui ainsi que le sentiment d'appartenance. Les conceptions sociologiques et psychologiques du soutien social amènent des définitions différentes, insistant particulièrement sur l'aspect quantitatif ou qualitatif du soutien reçu, mais aussi sur le type de soutien reçu, la source et les besoins du receveur. Le soutien social peut être défini comme les informations, les conseils, plus généralement l'aide matérielle, obtenus par contact avec le réseau social et ayant des effets bénéfiques sur le destinataire (Maunsell, Brisson & Deschênes, 1995). Pour Gentry & Kobasa (1984), le soutien social est une ressource psychologique qui définit les perceptions d'un individu eu égard à la qualité de ses relations sociales.

L'impact sur la santé des événements stressants de la vie semble étroitement lié à la qualité du réseau de relations sociales, et plus précisément encore, à la valeur émotionnelle des liens de chaque individu. Il est en effet classique de distinguer au sein des relations sociales propres à chaque individu, celles qui ont surtout une valeur instrumentale (prêt d'argent, assistance dans des tâches matérielles, conseils utiles), et celles dont la valeur est surtout expressive ou affective (liens d'amitié désintéressés, possibilité de se confier à quelqu'un). Le soutien social est un concept pluridimensionnel, que l'on peut catégoriser en soutien émotionnel, d'estime, matériel ou financier, informatif. Carver, Scheier & Weintraub (1989) distinguent dans leur échelle de coping la recherche de soutien social pour des avis, de l'information ou de l'assistance, qui s'inscrit dans le cadre de la résolution de problème, de la recherche de

soutien social pour obtenir du soutien moral, de la sympathie ou de la compréhension, ce qui est une stratégie centrée sur l'émotion. Cependant, les auteurs concluent que si ces deux types de soutien sont conceptuellement opposés, dans la pratique ils apparaissent souvent ensemble. Le soutien social semble réduire le stress perçu et augmenter les ressources auto-évaluées face au stresseur et donc le contrôle perçu (Reynaert, Janne, Zdanowicz & Naviaux, 1998). De nombreuses études ont montré que la perception d'un bon soutien social est associé à un bon état émotionnel (Baider, Ever-Hadani, Goldzweig, Wygoda & Perez, 2003 ; Holland & Holahan, 2003). Inversement, un manque de soutien social et une insatisfaction vis-à-vis de ce soutien seraient liés à une détresse psychologique importante (Nosarti, Roberts, Crayford, McKenzie & David, 2002).

3.3.3.1 Soutien social et situation stressante

Depuis les années 1980, les chercheurs se sont intéressés aux processus en œuvre dans les comportements d'aide en cas de circonstances stressantes (Cohen & Mount, 2000). L'objectif consiste à observer et étudier les types de comportements d'aide. Ces approches sont souvent expérimentales et permettent de proposer des analyses très fines dans l'évaluation du soutien social et surtout des interactions sociales de soutien. Dans cette perspective, Burleson et al. (2003) définit le support émotionnel comme un mode spécifique de communication visant à aider un individu à faire face efficacement à un stress émotionnel. La problématique de cette situation concerne l'importance du changement émotionnel : les messages ont pour objectif prioritaire d'aider la personne à travailler et à faire face avec les émotions difficiles.

Quoique l'influence des travaux de Bowlby (1969) sur l'attachement ait été déterminante pour comprendre le développement de liens primaires entre un individu et son entourage, la majorité des premières études sur l'environnement social n'ont pas examiné ce concept sous cet angle. Elles ont plutôt tenté de développer une mesure objective de la réserve de soutien de toute nature en provenance de ressources sociales informelles et formelles de l'environnement d'un individu donné. Cette perspective s'inscrivait alors dans les résultats d'études épidémiologiques effectuées en psychiatrie qui démontraient clairement que des environnements sociaux pauvres (faible présence de groupes de soutien ou de réseaux de communication) étaient plus souvent reliés à des problèmes de santé mentale (Tousignant, 1987). Dans ce contexte, le soutien social est davantage considéré comme un produit de l'environnement social de la personne (Pierce, Sarason, Sarason, Solky-Butzel & Nagle, 1997). Bien que ces recherches aient fourni des informations importantes sur la quantité

d'aide dont une personne peut disposer, le type de soutien et la provenance de l'aide, la compréhension de l'environnement social d'une manière exclusivement objective s'est avérée insuffisante. On s'est aperçu au fil du temps que les mesures plus subjectives de perception de la disponibilité de soutien par un individu et de la satisfaction face à l'aide reçue de l'entourage présentaient davantage de liens significatifs avec l'impact sur la santé que des mesures objectives comme le nombre de personnes dans le réseau ou la quantité d'aide reçue.

Dans ce contexte, des définitions du soutien social ont vu le jour. Celle de Gottlieb & Selby (1989) traduite par Boucher & Laprise (2001) s'avère intéressante puisqu'elle intègre cette notion de processus interactionnel. Pour les auteurs, le soutien social serait un processus d'interactions sociales qui augmente les stratégies d'adaptation (coping), l'estime de soi, le sentiment d'appartenance et la compétence, à travers l'échange effectif (réel) ou prévisible de ressources pratiques ou psychosociales. En particulier, le fait de savoir que l'aide serait présente en cas de besoin est fortement relié au bien-être individuel et ce indépendamment de la réception concrète d'aide (Gottlieb & Selby, 1989 ; Pierce, Baldwin & Lydon, 1997). Qui plus est, des recherches expérimentales ont montré de très faibles corrélations entre la perception du soutien et le soutien objectivement reçu (Pierce et al, 1997). Le soutien social est alors perçu comme étant fortement associé à une caractéristique individuelle.

Plusieurs études récentes montrent que le processus du soutien social ne dépend pas que de la perception cognitive du soutien en soi, ni des seules caractéristiques de l'environnement social mais il est plutôt le reflet d'un échange unique entre la personne qui reçoit le soutien et celui qui le donne. Il s'agirait en quelque sorte du résultat d'une réelle interaction entre l'individu et son environnement (Lakey, Mc Cabe, Fisicaro & Drew 1996).

Un grand nombre de recherches témoignent de l'effet positif du soutien social sur le bien-être physique et psychologique des individus (Baider et al., 2003 ; Eton, Lepore & Helgeson, 2001 ; Roberts, Lepore & Helgeson, 2005). L'impact du soutien social sur la santé se ferait davantage sentir en période de stress. Ainsi, l'aide reçue atténuerait les conséquences négatives associées au stress. En d'autres termes, dans un moment difficile, le fait de disposer de soutien de l'entourage aura pour effet de diminuer les impacts néfastes du stress sur la santé et le bien-être (Gottlieb & Selby, 1989). De plus, l'effet modérateur serait surtout associé aux aspects subjectifs du soutien social, dans le sens de ce qui est perçu par le sujet. Plus précisément, les résultats de plusieurs recherches indiquent que c'est surtout le soutien perçu qui a un effet modérateur sur le stress (Pierce et al, 1997). Cependant, parfois le soutien social diminue l'estime de soi, augmente le sentiment de vulnérabilité, provoque un certain

isolement dû à la honte ressentie d'avoir besoin d'aide (Devault, Péladeau & Bouchard, 1992). On constate également que, pour certaines personnes, l'obtention de soutien diminuerait le sentiment de compétence à cause précisément du fait que le problème n'est pas résolu individuellement (Solky-Bytzel & Ryan, 1997). Burleson et ses collègues (Albrecht & Burleson, 1992 ; Burleson et al., 2003) ont ainsi étudié le soutien émotionnel, sa mesure, ses caractéristiques, la qualité de la relation, et ont identifié les facteurs différenciant les individus en terme de provision de soutien. Les travaux dans ce champ de recherche démontrent que la matérialisation et les bénéfices du soutien social sont fortement influencés par les caractéristiques personnelles, relationnelles, situationnelles et émotionnelles du contexte interactionnel (Cohen & Mount, 2000).

Le soutien social en lien avec la santé est un champ de recherche qui ne cesse d'être alimenté par de nouvelles perspectives. Uchino, Holt-Lunstad, Smith & Bloor (2004) met en exergue des effets de l'isolement. Il distingue deux types d'isolement : l'isolement social (social loneliness) qui résulte d'un manque général d'interactions sociales et de connections et l'isolement émotionnel (emotional loneliness) qui est la conséquence d'une absence de relations proches avec un confident ou un autrui significatif. Le soutien reçu peut prévenir la détérioration du soutien perçu avec des influences favorables sur l'estime de soi, le contrôle perçu et les autres processus de coping.

3.3.3.2 Soutien social et cancer

Lorsque la maladie rentre dans la vie d'un patient, autrui prend alors une place prépondérante. L'adaptation à la maladie et aux traitements dépend du soutien social et de nombreuses études ont pu mettre en évidence l'effet bénéfique du soutien social sur des personnes confrontées à des situations de stress important (Cohen & Mount, 2000 ; Northouse, Kershaw, Mood & Schafenacker, 2005 ; Peters-Golden, 1982 ; Rowland, 1989). Suite à l'expérience de la maladie cancéreuse, les relations avec les proches sont souvent réévaluées dans un sens positif (aide et soutien inespéré, présence d'affection) ou négatif (déception et remise en cause de la relation). La disponibilité du soutien dépend aussi des capacités du patient à accepter le soutien, mais aussi des capacités de l'entourage à assumer les conséquences de la maladie, surtout lorsque celle-ci évolue. Irvine et al. (1991) concluent que les patients qui confient leurs peurs et leurs préoccupations à leur conjoint ou des amis proches vont mieux émotionnellement. Le soutien social apporté par la famille et les amis proches est bénéfique. Il est recommandé que le praticien incite l'entourage à ce soutien psychologique et le valorise.

Pour Gerits (1997), le soutien social améliore la capacité à faire face dans un sens constructif, en réduisant les cognitions négatives des patients. D'autres études sont aussi nécessaires pour identifier les facteurs les plus importants pour un soutien social efficace : rapport qualité-quantité, moment du soutien en fonction du stresseur, adéquation du type de soutien souhaité et transmis. Les attentes peuvent varier avec le temps, le type de stress, les stratégies d'adaptation de la personne (interaction du soutien social perçu avec le stress perçu et le contrôle perçu). Si l'importance du confident a été soulignée par Maguire, Brooke, Tait, Thomas & Sellwood (1983) il y a de nombreuses années, Maunsell et al. (1995) ont ainsi utilisé comme indicateur du soutien social le recours à des confidents dans les trois mois qui suivent le diagnostic. Il est demandé aux patients s'ils se sont confiés à quelqu'un et, si oui, de spécifier la nature de la relation suivant les catégories suivantes : conjoint, enfants, autres membres de la famille, amis, voisins, collègues, infirmières, médecins, psychologues, prêtre... Les femmes ayant au moins deux catégories de soutien et celles citant l'équipe médicale sont supposées être mieux soutenues. Des études en psycho-oncologie mesurent souvent le fait d'être sans confident dans certaines périodes après le diagnostic mais aussi la disponibilité et la fréquence des contacts avec les membres du réseau social, la taille de ce réseau, la participation à des activités sociales (Arora, Finney-Rutten, Gustafson, Moser & Hawkins, 2007 ; Den Oudsten, Van Heck, Van der Steeg, Roukema & De Vries, 2010 ; Makabe & Nomizu, 2007 ; Northouse et al., 1998). La conceptualisation du soutien social repose généralement sur une distinction largement admise entre aspect structurel (quantité, disponibilité) et aspect fonctionnel (qualité) du soutien.

Le soutien social perçu permettrait de faire face aux exigences de la maladie en facilitant l'utilisation des stratégies de coping (Friedman et al., 2006) ou en réduisant le niveau de stress. Certaines recherches (montrant également l'importance du soutien social en tant qu'amortisseur de stress) ont mis l'accent sur les événements stressants antérieurs à la maladie. Ainsi, Koopman, Hermanson, Diamond, Angell & Spiegel (1998) ont montré, chez des femmes atteintes d'un cancer du sein métastatique et/ou récidivant, que le soutien social perçu a un effet « tampon », mais uniquement pour les personnes ayant eu à faire face à des stresseurs importants auparavant. Cet aspect est corroboré par l'étude de Turner-Cobb et al. (2004) qui montre que l'interaction entre la taille du réseau et les événements stressants de la vie sont prédicteurs de la réponse immunitaire positive (cancer du sein métastatique).

Face à l'annonce d'un diagnostic de cancer ou d'une récidive cancéreuse ainsi qu'aux conséquences qu'il engendre, les patients expriment de nombreux besoins dont celui d'être

d'autant entourés et soutenus et d'en être satisfaits. Il s'avère capital pour eux que ces besoins soient satisfaits car plus les patients rapportent de besoins en terme de soutien, plus ils rapportent des niveaux élevés de détresse, ainsi que leur conjoint s'ils vivent en couple (Hodgkinson et al., 2007). L'adéquation du besoin (soutien social souhaité et reçu) et de la satisfaction est donc importante (Reynolds & Perrin, 2004) et est associée à un bon ajustement des patientes traitées pour un cancer du sein, tandis que recevoir un soutien non désiré est associé à un mauvais ajustement psychosocial (Andrykowski & Cordova, 1998 ; Friedman et al., 2006 ; Hoskins et al., 1996).

3.3.3.3 Soutien social et détresse ou détresse et soutien social ?

Plusieurs démonstrations de relations entre le soutien social et la détresse psychologique ont été faites au cours des vingt dernières années (Barrera, 1986 ; Brothers & Andersen, 2008 ; Caron, Latimer & Tousignant, 2007 ; Cohen & Wills, 1985 ; Finch, Okun, Pool & Ruehlman, 1999 ; Kessler & Mc Leod, 1985 ; Monroe & Steiner, 1986 ; Norton et al., 2005). En effet, la présence de soutien social est associée à moins de symptômes de dépression (Baider et al., 2003 ; Holahan & Moos, 1981), d'anxiété (Baider et al., 2003 ; Lakey, Tardiff & Drew, 1994) et avec un risque plus faible de développer ou maintenir un trouble psychologique en général (Leavy, 1983). Un niveau élevé de soutien social est associé à peu de pensées intrusives à propos du cancer, à un faible niveau de détresse psychologique et à un à niveau élevé de qualité de vie mentale (Roberts et al., 2005).Une étude a montré que même avec un optimisme bas, le fait d'avoir un haut niveau de soutien social permettait aux femmes atteintes d'un cancer du sein d'éprouver un meilleur ajustement face au cancer (Shelby et al., 2008). D'autres études suggèrent que le soutien social agit comme modérateur dans la relation entre les pensées intrusives associées au cancer et la détresse psychologique. Elles révèlent une forte association entre les pensées intrusives associées au cancer et la détresse psychologique chez les patients rapportant peu de soutien social, mais aucune relation chez les patients rapportant un soutien social satisfaisant (Devine, Parker, Fouladi & Cohen, 2003 ; Lewis et al., 2001). Le manque de soutien social affectif et moral, qu'il provienne de la famille, des amis, et dans une moindre mesure du corps médical, favorise la détresse psychologique (Cayrou & Dickes, 2008 ; Grassi, Malacarneb, Maestrib & Ramellia, 1997). L'étude de Ell, Nishimoto, Mediansky, Mantell & Hamovitch (1992) confirme que les indicateurs de soutien social sont tous associés à une détresse moindre pour les 294 patients et est corrélé à la survie à long terme des patients. Par contre, la solitude prédit des taux élevés de détresse

psychologique chez les patients ayant des localisations ORL (Kugaya et al., 2000). L'isolement social est corrélé à la détresse psychologique.

Si de nombreuses études, majoritairement transversales, concluent généralement que le soutien social (essentiellement issu de la famille, des amis ou des équipes soignantes) est associée à un meilleur ajustement à la maladie, certains chercheurs ont pu montrer que les relations ne sont pas seules sources de soutien, mais aussi peuvent être des sources de détresse pour personnes atteintes de cancer. En effet, il semblerait que la détresse ressentie par les patients influence aussi en retour le soutien qu'ils reçoivent. De façon générale, les chercheurs ont toujours trouvé un lien négatif entre la détresse émotionnelle et le soutien social. Dans l'étude de Hodgkinson et al. (2007) auprès de femmes ayant un diagnostic de cancer du sein, les patientes anxieuses ou dépressives se plaignent de deux à trois fois plus que leurs besoins de soutien n'aient pas été satisfaits. Elles rapportent également des niveaux faibles de soutien émotionnel et instrumental de la part de leur conjoint (Talley, Molix, Schlegel & Bettencourt, 2010). Les couples dont l'un des deux membres est atteint d'un cancer, qui rapportent des niveaux de détresse psychologique élevés, ont des niveaux faibles de perception du soutien familial (Baider et al., 2003). La perception du soutien reçu dépend donc des niveaux de détresse psychologique. Alferi, Carver, Antoni Weiss & Duran (2001) se sont demandés si l'impact de la détresse n'existait que sur le soutien perçu, suggérant une distorsion de la réalité par les patients anxieux ou dépressifs, ou également sur le soutien effectivement reçu. Ils ont montré que des niveaux élevés de détresse émotionnelle prédisent une certaine forme d'usure du soutien, et plus précisément du soutien instrumental, ce qui va dans le sens d'études précédentes (Bolger, Foster, Vinokur & Ng, 1996).

La grande majorité des recherches a permis de démontrer que le soutien social, perçu par les patients, diminue progressivement de la période diagnostique à la période post-thérapeutique (Arora et al., 2007 ; Den Oudsten et al., 2010 ; Makabe & Nomizu, 2007 ; Northouse et al., 1998) que ce soit en terme de disponibilité perçue, de fréquence ou de satisfaction.

Dans ce contexte, l'annonce de la récidive et les conséquences pour le patient qui est à nouveau confronté à la maladie, aux traitements devrait être assurée d'un maintien du soutien social, tout autant que lors du cancer primitif. Pourtant des études ont montré que le soutien social perçu général était parfois affaibli chez les patients à qui l'on a annoncé une récidive (Akechi et al., 1998 ; Brothers & Andersen, 2008). De même, d'autres auteurs montrent un important soutien au moment du diagnostic du cancer et en phase palliative mais une baisse durant la période de rémission, période pourtant importante car le patient est souvent plongé

dans l'incertitude d'une possible récidive (Bloom, Petersen & Kang, 2007 ; Bush, Haberman, Donaldson & Sullivan, 1995 ;). Par ailleurs, les patients en rechute énoncent souvent des difficultés dans leurs relations sociales (Bloom et al., 2004 ; Foster, Wright, Hill, Hopkison & Roffe, 2009). Un épuisement lié au recommencement du combat contre la maladie incite parfois les patients atteints d'un cancer à faire moins de sorties, à avoir moins d'interactions sociales et ne permettant ainsi aucune nouvelle rencontre et aucune amélioration des relations déjà existantes (Foster et al., 2009). Les pronostics, pour les patients atteints d'une maladie avancée semblent aussi être meilleurs lorsque ces derniers ont de hauts niveaux de soutien social (Carey, 1974). En revanche, un soutien social inadéquat serait impliqué dans la vulnérabilité des maladies, entraînerait un rétablissement plus long ainsi que des symptômes et une détresse émotionnelle prolongés, selon une étude sur les maladies chroniques (Martin, Davis, Baron, Suls, & Blanchard, 1994).

3.3.3.4 Le soutien social spécifique d'une relation particulière

Le soutien social spécifique a été défini par Pierce, Sarason, & Sarason (1991) et peut être considéré comme les perceptions du soutien social dans une relation particulière. Ceci consiste en l'évaluation des attentes d'un individu au sujet de la disponibilité des personnes significatives dans sa vie et susceptibles de lui procurer du soutien. Cette relation résulte des expériences passées et reflète la manière dont les individus la considèrent. Le soutien social spécifique correspond au soutien social perçu par un individu, issu d'une relation jugée particulière et importante par l'individu lui-même, telle une relation intime. Le fait qu'il s'agisse d'une relation particulière pour la personne, inclut selon Pierce et al. (1991), de prendre en compte trois dimensions qui sont fondamentales dans ce type de relation :

- la disponibilité du soutien qui correspond au fait que l'individu peut compter sur l'autre personne pour l'assister dans différentes situations
- l'intensité de la relation qui correspond à la croyance de l'individu, que lui et l'autre personne sont engagés dans la relation et l'évaluent positivement. L'intensité ou profondeur de la relation reflète la force du lien entre les deux membres de la relation. Il s'agit de la perception de la relation comme étant positive, importante et sécurisante
- la perception des conflits interpersonnels qui reflète la mesure dans laquelle les expériences individuelles avec l'autre personne sont empreintes de sentiments, de colère et d'ambivalence étant donné que même si la relation est perçue comme soutenante, intense et peu conflictuelle, elle n'est pas dépourvue de conflit.

Il existe donc une confusion importante entre le soutien social général et le soutien social spécifique (Nakano et al., 2002 ; Pierce et al., 1997 ; Sarason, Sarason & Pierce, 1994). En effet, le soutien social spécifique a longtemps été considéré comme faisant partie du soutien social perçu car il intègre toutes les sources de soutien sans les différencier. Le soutien social général correspond au soutien social perçu provenant de tous les types de relations (proches et lointaines), alors que le soutien social spécifique ne se concentre que sur certaines relations souvent très proches (contexte essentiellement familial). Ce soutien social spécifique a souvent été représenté comme étant une sous-dimension du soutien social général.

De leur côté, De Castro, Cousson-Gélie & Dilhuydy (2006) montrent qu'un soutien perçu spécifique (disponibilité perçue du soutien et qualité perçue de la relation) prédit des niveaux d'anxiété et de dépression élevés après traitement par radiothérapie. Les résultats de Lafaye Cousson-Gélie, Petit & Bouisson, (2007) indiquent que le soutien social spécifique à la relation avec le conjoint est jugé satisfaisant tout au long du traitement. Les patients perçoivent une disponibilité et une intensité du soutien importantes surtout au début du traitement et relatent peu de conflits.

Synthèse :

Les résultats des travaux démontrent de la complexité de la détresse émotionnelle, psychique des patients atteints d'un cancer. A la fois adaptative, cette dernière peut avoir des conséquences négatives sur la qualité de vie, la sensibilité à des symptômes physiques (effets secondaires des traitements, douleur) et psychiques (risque de développer des troubles de l'humeur voire des conduites suicidaires), une évaluation négative du soutien social perçu…. autant de conséquences délétères pour le patient qui peuvent avoir également un impact sur sa survie. L'ensemble des recherches en psycho-oncologie met en évidence que le processus vital engagé par l'annonce d'un cancer primitif ou récidivant génère souvent une crise interne dont la résolution dépend de nombreux facteurs et déterminants : tant des capacités de cet homme ou cette femme à s'adapter en situation de stress qui se poursuit le long du parcours de sa prise en charge oncologique, que ses ressources personnelles internes. Quel que soit le degré de souffrance engendrée par la maladie, cette dernière impose au patient un réaménagement psychique conséquent et qui évolue dans le temps.

De nombreux chercheurs ont étudié l'impact de l'annonce du cancer et ses conséquences psychiques pour le patient, telles que la détresse, l'anxiété, la dépression ou encore le stress

post-traumatique. Si la plupart des études, essentiellement longitudinales, qui se sont particulièrement intéressées à la première année qui suit le diagnostic de cancer primitif, ont démontré que le bien-être émotionnel est l'un des déterminants les plus dépréciés dans le premier mois qui suit l'annonce du diagnostic et qu'il s'améliore graduellement par la suite, d'autres ont pu montrer que cela n'était pas inexorable et vrai pour tous les patients. Ces travaux ont fourni des informations précieuses sur l'existence de sous-groupes distincts qui ne suivent pas une seule et même trajectoire de détresse.

CHAPITRE III : PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE

La confrontation au cancer et la prise en charge de la maladie cancéreuse bouleversent l'existence du patient à qui l'on annonce un cancer primitif ou récidivant, induisant des aménagements psychologiques, à plusieurs niveaux et à divers moments (examens premiers, annonce du diagnostic, biopsie, traitements, rémission, éventuellement récidive, soins palliatifs, fin de vie), le confrontant à des questionnements identitaires, de son rapport au monde et à l'autre. L'annonce d'un cancer vient ainsi l'interroger dans son sentiment de non-immortalité, de vulnérabilité. Des angoisses, mêlées à une détresse émotionnelle, un sentiment d'impuissance, un défaut de contrôle de la maladie surgissent et jalonnent le parcours de cet homme ou de cette femme touchée par la maladie cancéreuse.

Souffrance, détresse, anxiété, dépression ... La clinique des troubles psychopathologiques en cancérologie n'est pas celle de la psychiatrie, et l'existence d'un vaste continuum des manifestations cliniques de la détresse en rend l'évaluation clinique difficile. Sous-estimée et mal évaluée, souvent silencieuse, discrète, intime, « à bas bruit », elle n'est pas toujours prise en compte de façon appropriée. Et pourtant, il semble nécessaire d'entendre et de comprendre la détresse de ces patients pas uniquement comme inévitable, obligatoire, certains patients décrivant une forme de « résilience » face à la prise en charge du cancer qui s'inscrit dans le temps. La détresse (anxiété, dépression) relève aussi d'un phénomène adaptatif de l'homme dans le sens où sa manifestation clinique s'avère acceptable et légitime lorsqu'elle est en lien avec un deuil ou une perte, réels ou symboliques. L'annonce d'un cancer primitif ou récidivant peut s'entrevoir sous cet angle, comme un « deuil de soi », comme une « perte de soi » : il y a un temps « avant le cancer », il y a un temps « pendant le cancer » et il y a un temps « après le cancer ».

Lors de l'annonce d'un cancer primitif ou d'une récidive cancéreuse, le patient percevrait une menace d'autant plus forte qu'elle s'inscrit dans une dimension temporelle d'urgence : urgence d'apprendre la « mauvaise nouvelle », urgence de recevoir des traitements aux effets secondaires notoires, urgence de vivre car peut-être urgence de mourir. C'est un moment paradoxal d'effraction où le temps se suspend, où l'annonce résonne comme un événement hautement stressant dans la vie de cet homme ou de cette femme et à la fois qui s'inscrit dans la durée : durée de l'intégration de l'annonce et d'appréhension des conséquences, durée des traitements, durée de vivre car peut-être durée du « mourir ». S'ancrant alors dans un temps quelque peu cristallisé, à ces moments de bascule voire de rebascule dans la maladie, le psychisme se doit de gérer des bouleversements, passant par diverses phases de réaménagement psychique. L'ultime dessein est de maintenir une homéostasie interne et une intégrité psychique, et "se protéger" du stress, l'agent stressant étant ici l'annonce d'un cancer ou d'une récidive, "notoirement" et la menace de mort, "intimement". Ainsi, le patient prendrait la mesure du caractère menaçant de la situation, c'est à dire si cette situation est perçue comme dépassant ou non ses propres ressources et à quel point elle menace son bien-être physique et psychique. Simultanément, il évaluerait également sa capacité à contrôler l'évolution de la maladie possiblement chronique ainsi que sa capacité à être soutenu. L'ensemble de ces évaluations l'aiderait à déterminer des stratégies de coping pour « faire face ». Mais, ce ne sont pas les caractéristiques physiques de la situation agressive qui seraient importantes, mais la possibilité qu'il aurait de la modifier par son comportement. Ainsi, ce qui est stressant, agressif pour lui, c'est la discordance ressentie entre ses propres ressources qu'il connaît et perçoit de lui comme étant (in)suffisantes face aux contraintes de la situation d'annonce et notamment celle de la récidive. Pourtant, l'ajustement émotionnel à la maladie cancéreuse et son évolution somatique ne semblent pas être linéairement dépendants de la gravité objective de l'atteinte, un ensemble de médiateurs psychosociaux moduleraient cet ajustement émotionnel et somatique.

Les conséquences de ce phénomène de recherche d'adaptation sont fondamentales. En effet, les résultats des travaux démontrent de la complexité de la détresse émotionnelle, psychique de ces patients. A la fois adaptative, cette dernière peut avoir des conséquences négatives sur la qualité de vie, la sensibilité à des symptômes physiques (effets secondaires des traitements, douleur) et psychiques (risque de développer des troubles de l'humeur voire des conduites suicidaires), une évaluation négative du soutien social perçu, etc…. autant de conséquences délétères pour le patient qui peuvent avoir également un impact sur sa survie.

De nombreux chercheurs ont étudié l'impact de l'annonce du cancer et ses conséquences psychiques pour le patient, particulièrement en termes de détresse, d'anxiété, de dépression ou encore de stress post-traumatique. Si la plupart des études, essentiellement longitudinales, qui se sont particulièrement intéressées à la première année qui suit le diagnostic de cancer primitif, ont démontré que le bien-être émotionnel est l'un des critères les plus dépréciés dans le premier mois qui suit l'annonce du diagnostic et qu'il s'améliore graduellement par la suite, d'autres ont pu montrer que cette amélioration vers un mieux-être psychologique et physique n'est pas inexorable et n'est pas vraie pour tous les patients : certains connaissent un niveau de détresse élevée et chronique, même après la fin des traitements. Des études longitudinales récentes ont fourni des informations précieuses sur l'existence de sous-groupes distincts qui ne suivent pas une seule et même trajectoire de détresse. Ces quelques travaux mettent en évidence que les trajectoires de détresse sont influencées, modulées voire modérées par de nombreux facteurs et déterminants : tant des capacités de cet homme ou cette femme à s'adapter en situation de stress qui se poursuit le long du parcours de sa prise en charge oncologique, que ses ressources personnelles internes et notamment un fort sentiment de contrôle de la maladie ou de son évolution. Quel que soit le degré de souffrance engendrée par la maladie, cette dernière impose au patient un réaménagement psychique conséquent et qui évolue dans le temps.

De plus, la récidive cancéreuse se caractériserait par la résurgence d'une détresse émotionnelle empreinte d'un sentiment de vie à nouveau voire définitivement menacée, et une inscription inéluctable et parfois de façon silencieuse, secrète, discrète, dans un processus bien plus mortifère que lors du cancer primitif. Si les études sur le thème de la récidive cancéreuse s'avèrent plus nombreuses depuis la dernière décennie, elles font souvent l'objet de critiques d'ordre essentiellement méthodologique en raison de la disparité des outils utilisés, mais aussi des difficultés à rendre compte de l'ensemble des variables qui se jouent pour le patient en récidive. L'une d'elles est certainement celle que l'on peut rattacher au terme de « détresse émotionnelle ». Une autre pourrait être que ces études n'envisagent la compréhension du phénomène que sous l'angle de mesures ponctuelles, de « photographies » de l'instant de mesures, d'évaluations.

Or si la détresse se doit être entrevue sous un angle cinétique, développemental, voire dynamique même si, parfois, elle peut se figer, elle s'inscrit dans un continuum de cet homme ou de cette femme, dans une psycho-dynamique du sujet, dans ses épreuves de la maladie

cancéreuse et dans sa vie. C'est dans ce cadre que des chercheurs se sont penchés sur l'étude des trajectoires de détresse. Ils ont permis de mettre en évidence principalement quatre patterns de détresse durant la première année qui suit l'annonce d'un cancer. Néanmoins, ces études se sont essentiellement intéressées à des trajectoires de détresse chez des femmes présentant un cancer primitif mammaire. A notre connaissance, il n'en existe pas s'intéressant aux trajectoires de patients présentant d'autres atteintes cancéreuses et particulièrement en situation de récidive. Par ailleurs, dans un registre méthodologique, l'ensemble de ces recherches sur les trajectoires ont principalement examiné le névrosisme et l'optimisme, ainsi que le sentiment de contrôle, comme déterminants. Aucune étude à ce jour, n'a étudié l'influence ou l'impact de déterminants tels que les stratégies de coping, le soutien social général ou spécifique ainsi que le contrôle perçu.

Cette étude a donc deux objectifs scientifiques fondamentaux :

(1) identifier différentes trajectoires de détresse de patients présentant un cancer

(2) identifier et étudier les déterminants de ces trajectoires de détresse émotionnelle de patients de l'annonce d'un cancer primitif ou d'une récidive et durant les neuf mois de traitement qui suivent

Nos hypothèses théoriques sont les suivantes :

Hypothèse 1

Comme l'ont montré les travaux de Bonanno et al. (2004) et Henselmans et al. (2010a, 2010b), tous les patients ne suivraient pas la même trajectoire de détresse depuis l'annonce du cancer primitif ou récidivant et dans l'année qui suit. Il existerait ainsi quatre trajectoires de détresse émotionnelle différentes de patients atteints de cancers et poursuivant le traitement par chimiothérapie inhérent (Figure 8) :

- un groupe de patients « résilients » qui n'éprouverait pas de détresse émotionnelle importante lors de l'annonce et durant les traitements associés.
- un groupe de patients « récupérants » qui verrait son niveau de détresse diminuer à la fin de traitements associés, après avoir éprouvé un niveau de détresse élevée juste après l'annonce du diagnostic et durant la phase de traitement

- un groupe de patients « différés » qui ne présenterait pas une détresse importante à l'annonce du diagnostic mais qui augmente à la fin des traitements (en milieu hospitalier) de façon importante
- un groupe de patients « chroniques » présentant un niveau initial de détresse élevé et qui se maintient dans le temps

Hypothèse 2

Les traits de personnalité (névrosisme (anxiété et dépression) et optimisme) et les variables médicales (cancer primitif ou récidivant) seraient des déterminants qui permettent de distinguer des trajectoires de détresse émotionnelle différentes. Ainsi, ces variables prédiraient l'appartenance aux différents groupes à savoir (Figure 8) :

- le groupe de patients dits « résilients » serait caractérisé par un optimisme élevé et une stabilité émotionnelle (trait de personnalité anxiété et dépression faible) ainsi que le fait d'être atteint d'un cancer primitif.

- le groupe de patients dits « récupérants » serait caractérisé par un optimisme et une stabilité émotionnelle (trait de personnalité anxiété et dépression faible) moins importants que le groupe « résilient » ainsi que le fait d'être atteint d'un cancer primitif.

- le groupe de patients dits « différés » serait caractérisé par un optimisme bas et une instabilité émotionnelle (trait de personnalité anxiété et dépression faible) mais plus élevés que le groupe de patients dits « chroniques » ainsi que le fait d'être atteint d'un cancer primitif

- le groupe de patients dits « chroniques » serait caractérisé par un optimisme bas et une instabilité émotionnelle (trait de personnalité anxiété et dépression élevé) ainsi que le fait d'être atteint d'un cancer récidivant.

Hypothèse 3

Les stratégies de coping mises en place par les patients, le sentiment de contrôle qu'ils ont de la maladie et de son évolution ainsi que le soutien social seraient des déterminants qui permettent de distinguer des trajectoires de détresse émotionnelle différentes. Ainsi, ces variables prédiraient l'appartenance aux différents groupes à savoir (Figure 8) :

- le groupe de patients dits « résilients » serait caractérisé par un sentiment de contrôle élevé ainsi qu'un bon niveau de soutien social et une bonne qualité de relation et pour lequel ils éprouvent une grande satisfaction. Ces patients utiliseraient davantage des stratégies de

coping centrées sur le problème depuis l'annonce du diagnostic et jusqu'après la fin de traitements associés.

- le groupe de patients dits « récupérants » présenterait un niveau de contrôle moins important que le groupe « résilient », bénéficierait d'un bon niveau de soutien social et ferait appel à des stratégies de coping davantage centrées sur le problème au moment de l'annonce puis centrées sur l'émotion durant les neuf mois suivants.

- le groupe de patients dits « différés » serait caractérisé par un sentiment de contrôle important et un bon soutien social au moment de l'annonce du diagnostic, qui diminueraient dans le temps, ainsi qu'un changement dans les stratégies d'adaptation : ces patients adopteraient davantage de stratégies centrées sur le problème au moment de l'annonce et au début des traitements, puis centrées sur l'émotion à la fin des traitements.

- le groupe de patients dits « chroniques » serait des patients présentant un niveau de contrôle stable et bas, ne bénéficiant pas d'un bon soutien social depuis l'annonce et qui adopteraient des stratégies de coping essentiellement centrées sur les émotions.

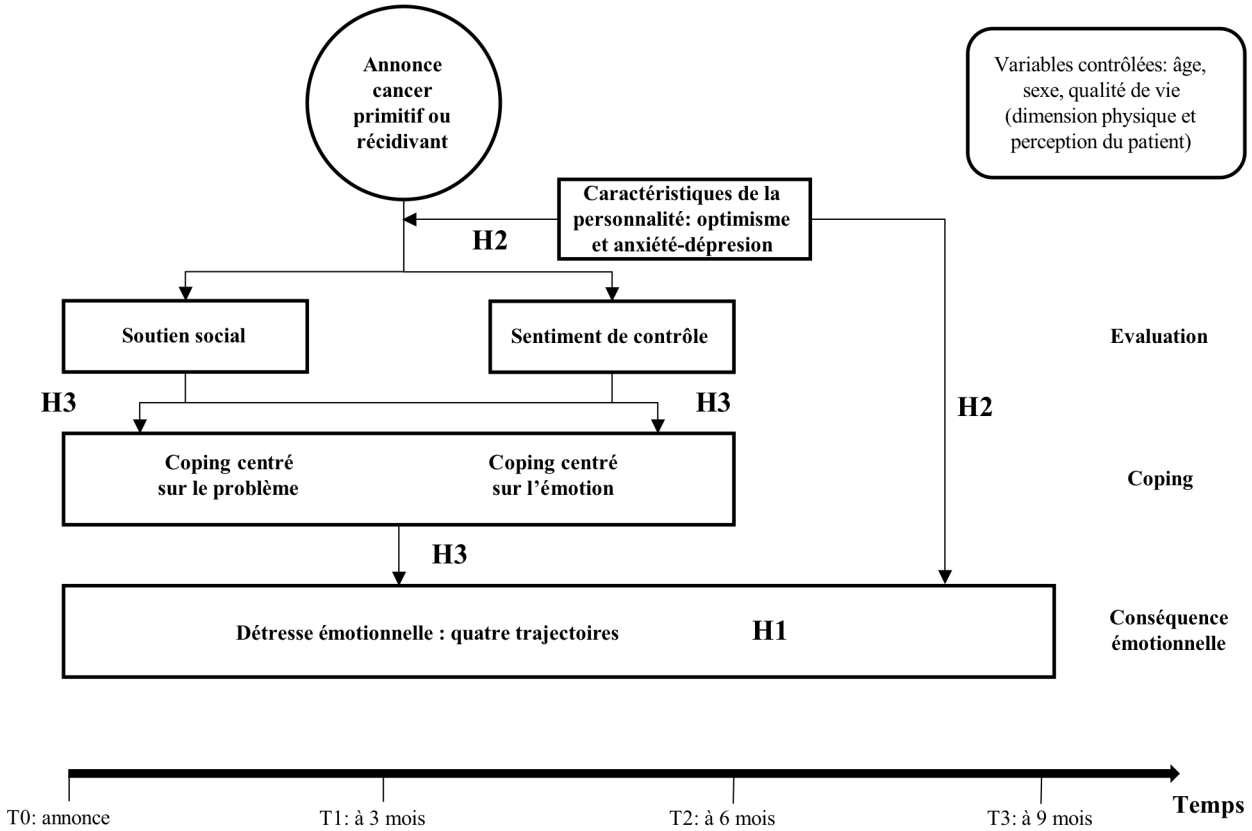


Figure 8 : Modèles d'analyse de notre étude sur les trajectoires de détresse de patients depuis l'annonce du cancer primitif ou récidivant durant la période de traitements associés.

PARTIE II : METHODOLOGIE

Ce chapitre présente d'abord l'unité d'étude (population de patients, critères d'inclusion, d'exclusion, ses caractéristiques sociodémographiques et oncologiques). Ensuite, il explicite le déroulement de la recherche. Puis, il décrit les instruments de mesure destinés à recueillir les données sociodémographiques, médicales et quantitatives. Enfin, une dernière partie s'appliquera à développer les méthodes d'analyse utilisées pour le recueil des résultats que nous aborderons dans le chapitre suivant.

CHAPITRE I : PRESENTATION DE L'ECHANTILLON

Cette étude s'est déroulée au sein de plusieurs structures hosptalières de Bordeaux, d'une part l'Institut Bergonié (Centre Régional de Lutte Contre le Cancer de Bordeaux et du Sud-Ouest) et, d'autre part, de la clinique Tivoli (Centre de Coordination en Cancérologie). La recherche a été proposée à tout patient présentant une pathologie cancéreuse et soigné dans l'un de ces deux centres et qui répondait aux critères détaillés ci-dessous.

1. LES CRITERES D'INCLUSION, D'EXCLUSION ET D'ARRET

1.1. Critères d'inclusion et d'exclusion pour le groupe de patients présentant un cancer primitif

Les critères d'inclusion sont les suivants : être un patient diagnostiqué pour un premier cancer, bénéficiant notamment d'un traitement par chimiothérapie, être âgé d'au moins 18 ans, de langue française et ayant signé un consentement éclairé pour la participation à l'étude.

Les critères d'exclusion sont les suivants : être un patient présentant plusieurs pathologies cancéreuses primitives et distinctes et de récidives, ne bénéficiant pas de chimiothérapie, n'étant pas de langue française, présentant des troubles psychiatriques avérés ou un deuil récent (moins de six mois).

1.2. Critères d'inclusion et d'exclusion pour le groupe de patients présentant une récidive cancéreuse

Les critères d'inclusion sont les suivants : être un patient diagnostiqué pour une récidive cancéreuse, bénéficiant notamment d'un traitement par chimiothérapie, être âgé d'au moins 18 ans, de langue française et ayant signé un consentement éclairé pour la participation à l'étude.

Les critères d'exclusion sont les suivants : être un patient présentant plusieurs pathologies cancéreuses, ne bénéficiant pas de chimiothérapie, n'étant pas de langue française, présentant des troubles psychiatriques avérés ou un deuil récent (moins de six mois).

1.3. Critères d'arrêt

L'investigateur a la possibilité d'exclure de l'étude un patient pour toute raison allant dans le sens de l'intérêt de ce dernier (notamment pour des raisons d'altération de l'état général ou d'apparition de troubles annexes à la problématique cancéreuse). De même, un patient ou l'un de ses proches ou son médecin-référent peut suspendre à tout moment sa participation sur simple demande et sans justification.

2. MODALITE DE LA PROCEDURE DE RECHERCHE

2.1. Les patients de l'étude

A l'origine de l'étude, 207 patients de l'Institut Bergonié et 329 patients de la clinique Tivoli ont été sollicités, soit 536 patients. Parmi eux :

- 105 patients (soit 19.6%) ont refusés
- 19 patients (soit 3.5%) ne répondant pas aux critères d'inclusion, notamment l'analyse de la tumeur a révélé une maladie bénigne et ont donc été exclus.

Au total, 412 patients ont été recrutés. Au cours du suivi pendant 9 mois, un certain nombre de patients n'ont pu continuer l'étude :

- 68 patients (soit 23.7%) ont abandonné l'étude en invoquant comme motifs principaux le fait que « les questions les perturbaient », que « le protocole de recherche était trop lourd ou chronophage », « qu'il prenait trop de temps », ou qu'ils « souhaitaient passer à autre chose ». Certains patients n'ont pas donné de motifs particuliers.

- 38 patients (soit 13.3%) ont vu leur état général se dégrader si bien qu'ils ont suspendu leur participation. En effet, ces derniers, aux prises parfois avec des effets secondaires probants, ou d'un ralentissement psychomoteur, ou encore d'une progression de la maladie, d'une altération de l'état général tels qu'ils étaient dans l'impossibilité de maintenir leur implication dans l'étude.
- 20 patients (soit 7%) sont décédés au cours de l'étude. Parmi eux, 5 présentaient un cancer primitif et 15 étaient confrontés à une récidive cancéreuse.

Ainsi, 286 patients ont été inclus dans l'étude, 115 d'entre eux à l'Institut Bergonié (de 2006 à 2007) et 171 au sein de la Clinique Tivoli (de 2009 à 2010). Les modalités de recrutement sont illustrées dans la Figure 9.

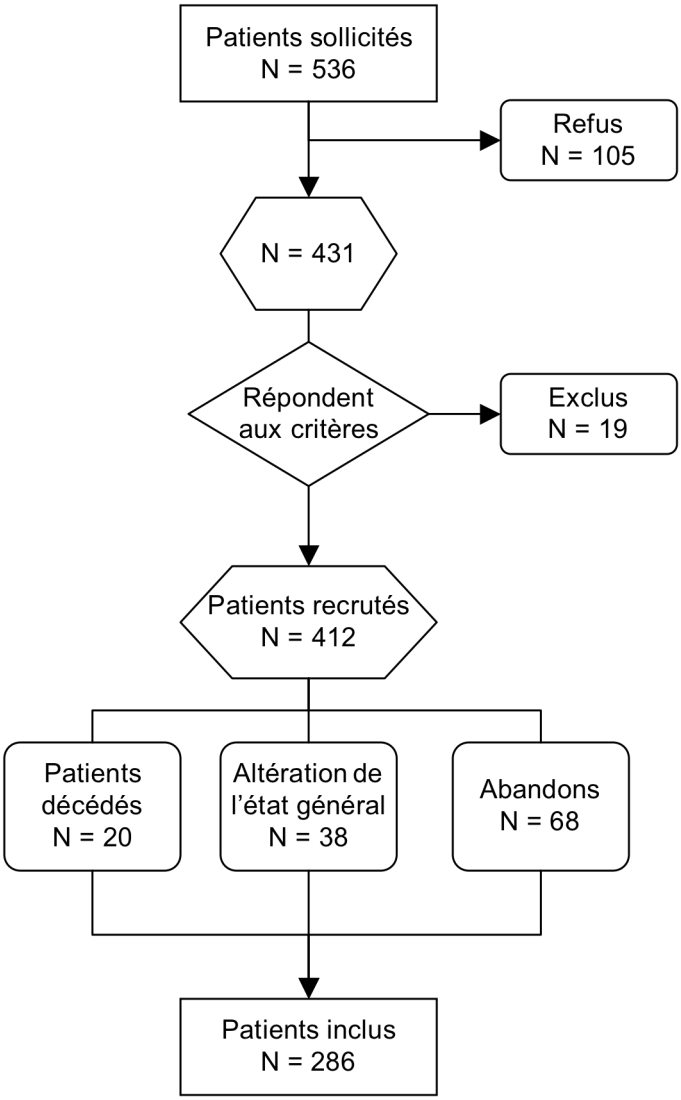


Figure 9 : Détails du recrutement des patients de l'étude.

2.2. Les temps de l'étude

L'étude est longitudinale et les données sont recueillies sur quatre temps d'évaluation :

- T0 : dans le mois qui suit l'annonce du cancer primitif ou de récidive cancéreuse (début des traitements par chimiothérapie).
- T1 : trois mois après (pendant les traitements par chimiothérapie)
- T2 : six mois après (fin des traitements par chimiothérapie)
- T3 : neuf mois après.

Le choix méthodologique de la durée entre les différents temps d'évaluation a été déterminé par plusieurs éléments :

- obtenir un niveau basal (indicateurs en amont à T0), avant le début des traitements car ces derniers peuvent modifier certains processus transactionnels ou médicaux des patients (notamment leur qualité de vie).
- obtenir une « homogénéisation » de la moyenne de durée des traitements pour tous les sujets de l'étude. Cette durée est en moyenne de quatre à six mois selon l'organe atteint et le type de traitement. Par exemple, un protocole de chimiothérapie précise la dose du traitement (rapportée au poids, à la surface corporelle, à la concentration sanguine souhaitée, etc…), l'ordre de passage des médicaments, le mode d'administration, les thérapeutiques adjuvantes nécessaires ou utiles, et l'intervalle qui sépare deux cycles de traitement ou cures. De fait, une évaluation tous les trois mois permet d'homogénéiser les délais de traitement pour, par exemple un patient qui a douze cures tous les quinze jours et pour un autre qui a une cure toutes les trois semaines avec six cures ou encore pour un patient qui a trois cures consécutives avec une semaine de pause pendant quatre à six cycles.

- obtenir un suivi assez régulier des patients avec un temps plus éloigné permettant au patient une prise de recul voire de faire un bilan suite à la prise en charge du cancer par chimiothérapie.

2.2.1. Etape 1 : établissement du premier temps d'évaluation de la recherche

L'oncologue a confirmé le diagnostic au patient et le plan de traitement a été établi. Après vérification des critères d'inclusion et d'exclusion, les patients sont rencontrés sur leur lieu de traitement par chimiothérapie, afin de leur présenter les objectifs de la recherche et de leur proposer d'y participer. Pour les patients qui acceptent la participation, un consentement

éclairé signé est alors recueilli (Annexe 13). La confidentialité et l'anonymat sont assurés, un numéro d'inclusion est attribué. Durant cette première partie de la recherche (T0), un/une psychologue interroge le patient selon le déroulé exact du premier protocole (Annexe 14 à Annexe 21). Si la plupart des patients a répondu en présence des investigateurs, d'autres ont préféré le remplir seuls et le retourner dans une enveloppe pré-timbrée dans les jours qui suivaient (Figure 10).

La durée moyenne de passation a été d'environ 45 minutes à une heure. Les facteurs biomédicaux décrivant la gravité de l'atteinte, ont été collectés à partir des informations fournies par le dossier médical du patient avec l'aide des Attachées de Recherche Clinique des deux centres recruteurs (Figure 10).

2.2.2. Etape 2 : les autres temps de l'étude

L'investigateur a joint téléphoniquement le patient ou l'a rencontré lors d'une séance de chimiothérapie, afin de poursuivre les autres temps d'évaluation (Figure 10). Dès lors que le patient était consentant, les second (T1), troisième (T2) et quatrième (T3) questionnaires leur ont été donnés ou envoyés (avec une enveloppe retour pré-timbrée - Annexe 17 à Annexe 21).

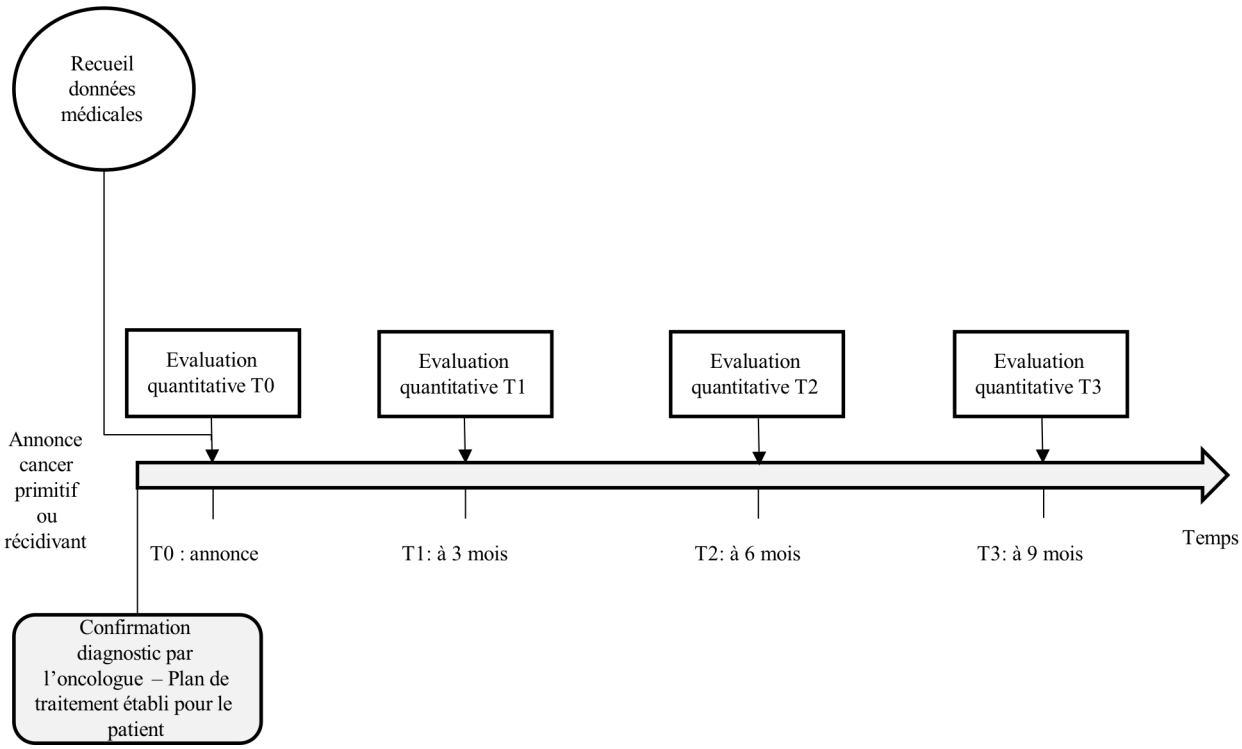


Figure 10 : Détails du déroulement de l'étude.

Le Tableau 4 indique la répartition des effectifs pour chaque temps de mesure le long de l'étude, par type de cancer (cancer primitif ou récidivant).

Tableau 4 : *Répartition des effectifs pour chaque temps de mesure selon le type de cancer.*

Patients	T0 (%)	T1 (%)	T2 (%)	T3 (%)
Cancer primitif	208 (72,7)	207 (73,1)	186 (77,5)	166 (83,4)
Récidive	78 (27,3)	76 (26,9)	54 (22,5)	33 (16,6)
Total	286	283	240	199

3. L'ECHANTILLON DE L'ETUDE : CARACTERISTIQUES A T0

Les caractéristiques sociodémographiques des patients ont été évaluées lors de la première rencontre, à l'aide d'un questionnaire complet (Annexe 14). Cependant, le nombre important de catégories par domaine investigué (familial, professionnel, etc…) engendre une perte de pertinence lors de l'analyse statistique et nous a contraint à un regroupement. Les professions exercées sont classées selon la nomenclature INSEE (Insee, 2003b).

L'échantillon est composé à T0 de 286 patients dont 241 (84,3%) sont des femmes, la majorité vit en couple (72,4%). Ils sont âgés en moyenne de 59,12 ans (ET = 11,03), ont des enfants pour 74,1% (n= 212) d'entre eux, avec une moyenne de 1,97 (ET = 0,81) enfants. L'ensemble des données sociodémographiques est présenté dans le Tableau 5.

Tableau 5 : *Données sociodémographiques de l'échantillon à l'entrée de l'étude (n = 286).*

Patients (N= 286)	N (%) Ou M (ET)
Genre	
Hommes	45 (15,7)
Femmes	241 (84,3)
Age	59,12 (11,03)
Statut marital	
En couple	207 (72,4)
Vivant seul	65 (22,7)
Veuf(ve)	14 (4,9)
Niveau d'étude	
Pas d'étude	27 (9,4)
Certificat, BEP, CAP	126 (44,1)
BAC	55 (19,2)
BAC +2	38 (13,3)
BAC + 3 et plus	40 (14,0)
Enfant	
Avec enfant(s)	212 (74,1)

Sans enfant(s)	72 (74,1)
Professions	
Agriculteurs, exploitants	2 (0,7)
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	17 (5,9)
Cadres, profession intellectuelles supérieures	40 (14,0)
Professions intermédiaires	53 (18,5)
Employés	110 (38,5)
Ouvrier, y compris agricoles	8 (2,8)
Inactifs ayant déjà travaillé	44 (15,4)
Autres, sans activité professionnelle	12 (4,2)

4. DONNEES MEDICALES

Outre l'organe atteint par le cancer, le fait d'être atteint d'un cancer primitif ou cancer récidivant, les traitements reçus par les patients et les éventuels troubles psychiques, nous avons également relevé d'autres variables médicales.

4.1. La classification des tumeurs : grades et stades

La classification des tumeurs a plusieurs buts : prévoir le pronostic, adapter la thérapeutique à la situation clinique, ou encore comparer les résultats thérapeutiques entre groupes de malades relativement homogènes et permettre des études thérapeutiques nécessaires pour la mise en évidence d'un progrès thérapeutique. Il est indispensable de faire une classification tumorale avant tout traitement pour permettre de proposer le traitement le plus adapté et éviter de proposer un traitement inutile.

La plupart des classifications ont une base initiale clinique, bien que d'autres éléments puissent être pris en considération. Les éléments déterminants sont : l'importance de l'envahissement local, l'importance de l'envahissement à distance, le type histologique et éventuellement les grades spécifiques à ce type de cancer, les marqueurs tumoraux divers, ainsi qu'à l'avenir, les différents marqueurs géniques (recherche d'anomalies génétiques) et l'état général du malade. Par ailleurs, l'état général des malades avant tout traitement est également décrit. En effet, les malades en mauvais état général, vont moins bien supporter les traitements que les malades en bon état général. Cependant, la connaissance de l'étendue et celle du grade du cancer sont capitales et incontournables dans le choix du traitement le plus adéquat, ce sont donc les variables retenues pour cette étude.

Les stades

Après la Seconde Guerre Mondiale, la classification des cas de cancer par stades est pratiquée depuis que l'on s'est aperçu avec les progrès médicaux et scientifiques que les taux de survie étaient plus élevés dans les cas où la maladie était localisée que dans les cas où elle s'était étendue au-delà de l'organe atteint à l'origine. Ainsi, la classification par stades se révèle souvent utile lorsqu'il s'agit de comparer plusieurs groupes de patients. On peut distinguer :

Stade 0 : Cancer in situ (non invasif)

Stade 1 : Invasion très localisée, sans métastases à distance

Stade 2 : Extension limitée localement et/ou atteinte ganglionnaire satellite minime

Stade 3 : Atteinte locale importante et/ou atteinte ganglionnaire satellite majeure

Stade 4 : Tumeur avancée localement et/ou métastases à distance

L'intérêt et le but d'une telle classification est le consensus nécessaire entre praticiens, pour effectuer le choix judicieux de critères et d'informations médicales et biologiques, concernant l'extension de la maladie et ce, pour chaque localisation. En effet, une description clinique précise et une classification histologique (lorsque cela est possible) des tumeurs malignes sont susceptibles de répondre à un certain nombre d'effectifs interdépendants à savoir : aider le clinicien qui devra décider du traitement, fournir les indications sur le pronostic, permettre d'apprécier les résultats du traitement, faciliter les échanges d'informations entre les centres de traitement, encourager la poursuite des recherches sur le cancer (Annexe 22).

Différentes classifications selon les organes ont été proposées. Ces classifications sont proches des stratégies thérapeutiques, mais ne sont pas toujours aussi claires que la classification TNM. La classification TNM est un système international, proposé par le chirurgien français Pierre Denoix de l'Institut Gustave-Roussy entre 1943 et 1952, de façon à classer les cancers selon leur extension anatomique. Plusieurs révisions ont été publiée, la dernière étant la septième édition en 2009 (Annexe 22). Elle est basée sur un système alphanumérique, articulé autour de trois lettres : T, N et M. Les trois lettres symbolisent la propagation de la maladie cancéreuse sur le site de la tumeur primitive (T), dans les ganglions lymphatiques voisins (N pour node en anglais) et à distance pour d'éventuelles métastases (M). Chaque lettre est affectée d'un coefficient (chiffre). Dans son principe, cette classification considère seulement les données cliniques et ne s'applique qu'à des cancers qui n'ont pas encore été traités. Mais des variantes ont été proposées pour tenir compte d'examens complémentaires simples ou même des résultats d'une exploration chirurgicale, comme pour

s'en servir au moment d'une rechute ou en phase terminale afin de guider les soins palliatifs. Le détail de cette classification est précisé en Annexe 22.

Le grade histopronostique

Le grade du cancer a trait au degré d'anomalie des cellules cancéreuses examinées au microscope et permet d'estimer la vitesse de progression éventuelle du cancer. Le pathologiste détermine le grade de la tumeur à l'aide de tissus prélevés lors de la biopsie. Le grade d'une tumeur se réfère à la façon dont les cellules cancéreuses anormales observées sous un microscope sont susceptibles de croître et de s'étendre (rapidité proliferatrice tumorale). On peut distinguer :

- Grade I : la tumeur se développe lentement, a des cellules qui ressemblent aux cellules normales, et se propage rarement dans les tissus voisins. Il peut être possible d'enlever toute la tumeur par chirurgie.
- Grade II : la tumeur se développe lentement, mais peut se propager dans les tissus voisins et peut devenir une tumeur de grade supérieur.
- Grade III : la tumeur se développe rapidement, est susceptible de se propager dans les tissus à proximité, et les cellules tumorales sont très différentes de cellules normales.
- Grade IV : la tumeur se développe de façon très agressive, a des cellules qui ont l'air très différent des cellules normales et il est difficile de traiter avec succès.

4.2. Autres données médicales prises en compte

- Organe atteint par le cancer
- Cancer primitif ou cancer récidivant
- Traitements reçus par les patients
- Troubles psychiques : dans le questionnaire sociodémographique du protocole, il a été demandé aux patients (Annexe 14) s'ils avaient déjà présenté des troubles d'ordre psychologique. Les patients avaient la possibilité d'indiquer la nature des troubles présentés, la période à laquelle ils étaient apparus et s'ils étaient en lien avec un événement de vie particulier (notamment décès). Les dossiers médicaux ont également permis de connaître l'existence éventuelle de troubles psychiques des patients. L'ensemble des données médicales est résumé dans le Tableau 6.

Tableau 6 : *Données médicales de l'échantillon à l'entrée de l'étude (n = 286).*

Type de cancer	
Cancer primitif	208 (72,7)
Récidive	78 (27,3)
Localisation du cancer	
Sein	189 (66,1)
Urologie	4 (1,4)
Gynécologique	30 (10,5)
VADS	1 (0,3)
Digestif	14 (4,9)
Colorectal	34 (11,9)
Pulmonaire-bronche	9 (3,1)
Hématologie	5 (1,7)
Chirurgie	
Oui	261 (91,3)
Non	20 (7,0)
Traitement	
Chimiothérapie	21 (7,3)
Radiothérapie	12 (4,2)
Hormonothérapie	6 (2,1)
Chimiothérapie + radiothérapie	146 (51,0
Chimiothérapie + hormonothérapie	3 (1,0)
Chimiothérapie + curiethérapie	2 (0,7)
Radiothérapie + hormonothérapie	43 (15,0)
Chimiothérapie + radiothérapie + hormonothérapie	20 (7,0)
Chimiothérapie + radiothérapie + Herceptin	8 (2,8)
Chimiothérapie + radiothérapie + hormonothérapie + Herceptin	3 (1,0)
Manquants	22 (7,7)
T	
0	3(1,0)
1	225 (78,7)
2	37 (12,9)
3	4 (1,4)
4	1 (0,3)
Manquants	16 (5,6)
N	
0	68 (23,8)
1	60 (21,0)
2	50 (17,5)
3	49 (17,1)
4	17 (5,9)
Manquants	42 (14,7)
M	
0	150 (52,4)
1	69 (24,1)
2	20 (7,0)
3	3 (1,0
Manquants	44 (15,4)
Grades	
0	122 (42,7)
1	67 (23,4)
2	50 (17,5)
3	28 (9,8)
Manquants	19 (6,6)
Troubles psychiques	
Présente des troubles	77 (26,9)
Aucun trouble	209 (73,1)

CHAPITRE II : OPERATIONNALISATION DES VARIABLES

Afin d'opérationnaliser les hypothèses de recherche, différentes variables ont été prises en considération, comprenant les facteurs médicaux et sociodémographiques, les variables dispositionnelles, transactionnelles et les critères. Les différents questionnaires sont présentés ci-dessous, ainsi que les indications concernant leur mode de passation et leur cotation.

1. ETUDE QUANTITATIVE

1.1. Les variables évaluées par le protocole de recherche : présentation des outils

1.1.1. Les variables dispositionnelles

L'ensemble de ces échelles est présenté de l'Annexe 15 à l'Annexe 21.

1.1.1.1 L'optimisme : échelle Life Orientation Test-Révisé (LOT-R) de Scheier & Carver (1985), révisée par Vautier, Raufaste & Cariou (2003)

Présentation. Inspirée du modèle théorique d'autorégulation du comportement, cette échelle comporte dix items permettant de mesurer l'optimisme dispositionnel. De bonne consistance interne ($\alpha = 0.78$) et de bonne fidélité test-retest ($\alpha = 0.79$) à 28 mois d'intervalle (Scheier et al., 1994), sa validité convergente a été établie plusieurs fois par ses auteurs. Le LOT-R est le questionnaire le plus fréquent de mesure de l'optimisme/pessimisme dispositionnel. Le LOT-R est la révision du LOT originel de 1985 qui contenait huit items (Scheier & Carver, 1985). La révision du LOT a abouti à l'élimination de deux items qui n'évaluaient pas l'optimisme mais plutôt une façon de réagir au stress, soit une forme de coping. Les deux items enlevés étaient : "*I always look on the bright side of things*" ("*Je cherche toujours à voir le bon côté des choses*", traduction libre) et "*I'm a believer in the idea that every cloud has a silver lining*" ("*Je crois vraiment qu'à toute chose malheur est bon*", traduction libre). Il faut donc garder à l'esprit que dans la littérature, l'optimisme évalué par le LOT (Scheier & Carver, 1985) contient deux items de coping qui peuvent biaiser certains résultats, comme le lien entre optimisme et coping par exemple. Dans notre étude, la consistance interne est de $\alpha = 0,67$.

Administration et cotation. Le patient répond aux dix items grâce à une échelle de Likert en cinq points (de « tout à fait d'accord » à « fortement en désaccord »). Les items 1, 4 et 10 sont cotés de 0 à 3 et les items 3, 7 et 9 sont inversés, cotés alors de 3 à 0. Un score total est obtenu variant entre 0 et 24. Un score faible indique un niveau d'optimisme élevé. Inversement, un score élevé indique un faible niveau d'optimisme.

1.1.1.2 Le névrosisme : NEO-PI R de Costa & Mc Crae (1985, 1988, 1992), validé en français par Rolland & Petot (1994) et Rolland, Parker & Stumpf (1998)

Présentation. Le Néo-Pi-R est un instrument qui évalue la personnalité selon le modèle du Big Five (Goldberg, 1981 ; John, 1990 ; John, Donahue & Kentle, 1991 ; John, Neumann & Soto, 2008; Soto, John, Gosling & Potter, 2008). Chaque facteur correspond à cinq domaines : le névrosisme (N), l'extraversion (E), l'ouverture (O), l'agréabilité (A) et la conscience (C). Le névrosisme est donc l'une des cinq dimensions fondamentales de la personnalité d'après le modèle du « Big Five » regroupant trente petits traits de personnalité (de premier ordre) inter-corrélés en cinq grands facteurs de second ordre.

Le NEO-PI-R a été normalisé et validé dans de nombreuses langues. La version francophone a été validée et normalisée par les professeurs Rolland et Petot de l'Université de Paris X-Nanterre (Rolland & Petot, 1994 ; Rolland et al., 1998) auprès de 447 étudiants. Dans cette étude, le névrosisme des patients a été évalué à l'aide de l'échelle de névrosisme (facette anxiété et dépression) du NEO-PI-R qui se compose de six sous-échelles, dont la validité a été établie dans plusieurs cultures. Cette échelle permet non seulement d'obtenir un score global de Névrosisme, mais aussi des scores pour chacune de ces six facettes (facteurs de premier ordre plus spécifiques) qui constituent le névrosisme : l'anxiété, la dépression, la colère/hostilité, l'impulsivité, la timidité sociale et la vulnérabilité au stress. Dans cette étude, nous retiendrons les facettes anxiété et dépression.

Dans leur étude originale, Costa & Mc Crae (1985) trouvent une consistance interne de $\alpha = 0.78$ pour l'anxiété et $\alpha = 0.81$ pour la dépression. En 1988, les auteurs effectuent une nouvelle validation et retrouvent une bonne consistance interne (Tableau 7).

Tableau 7 : *Consistance interne (alpha de Cronbach) du névrosisme (anxiété-dépression) (Costa & Mc Crae, 1988).*

	Alphas*	
Facteurs	Forme S (self-report)	Forme R (observer ratings)
Anxiété	0.85	0.89
Dépression	0.84	0.87

*n=983 forme S
*n=167 forme R

Dans la version française de Rolland et al., (1998), les auteurs trouvent également une bonne consistance interne (Tableau 8).

Tableau 8 : *Consistance interne (alpha de Cronbach) du névrosisme (anxiété-dépression) (Rolland et al., 1998).*

	Alphas*	
Facteurs	Etudiants	Militaires
Anxiété	0.80	0.74
Dépression	0.77	0.74

*n=447 étudiants
*n=268 militaires

Ce questionnaire présente une excellente validité de construit dans sa version américaine (Costa & Mc Crae, 1992) mais aussi française (Rolland et al., 1998).

Dans notre étude, la consistance interne est de $\alpha = 0{,}62$ pour la dimension anxiété et de $\alpha = 0{,}74$ pour la dimension dépression.

Administration et cotation. Pour chacun des 16 items (8 items pour chaque facette anxiété et dépression), les patients sont invités à indiquer s'ils correspondent à leur manière d'agir dans la vie quotidienne sur une échelle de type Likert en cinq points (de 1 : « fortement en désaccord » à 5 : « tout à fait d'accord »). Le score d'anxiété s'obtient en faisant la somme des notes obtenues aux items 7, 19, 31 et 43 (cotés de 1 à 5), 1, 13, 25 et 37 (cotés de 5 à 1). Un score élevé indique que le sujet est plutôt craintif, nerveux, tendu et facilement inquiet. De même, la somme des notes obtenues aux items 9, 21, 27, 33, 39 et 47 (cotés de 1 à 5) et aux items 3 et 15 (cotés de 5 à 1) détermine le score de dépression. Un score élevé indique que le sujet a tendance à éprouver des affects dépressifs.

1.1.2. Les variables transactionnelles

1.1.2.1 Le soutien social : Social Support Questionnaire (S.S.Q. de Sarason, Levine, Basham & Sarason (1983), validation française de Rascle et al. (1997)

Présentation. Le SSQ6 de Sarason et al. (1983), version courte du SSQ à 27 items, est l'une des échelles qui évalue le soutien social perçu. La version française de ce questionnaire a été validée auprès d'une population de 348 adultes en bonne santé (Rascle et al., 1997). Elle a mis en évidence les deux facteurs décrits initialement par Sarason et al. (1983), à savoir un facteur de perception de disponibilité du réseau social (défini par l'ensemble des items du questionnaire mesurant le nombre de personnes disponibles en cas de besoin) et un facteur de satisfaction vis-à-vis du soutien reçu. Le SSQ6 a une excellente validité de construit (Sarason et al., 1983). La fiabilité a été vérifiée auprès d'un groupe de 602 étudiants universitaires de 1er cycle (Sarason et al., 1983), les corrélations test-retest (intervalles de quatre semaines) sont de 0,90 pour le nombre de personnes identifiées et de 0,83 pour la satisfaction du soutien reçu. La consistance interne est de $\alpha = 0{,}97$ pour le score de disponibilité et de $\alpha = 0{,}94$ pour le score de satisfaction (Ibid, 1983). Concernant la validation française de Rascle et al., (1997) effectuée auprès de 338 étudiants, la consistance interne est de $\alpha = 0{,}85$ pour le score de disponibilité et de $\alpha = 0{,}79$ pour le score de satisfaction.
Dans notre étude, la consistance interne est de $\alpha = 0{,}85$ pour le score de disponibilité et de $\alpha = 0{,}88$ pour le score de satisfaction.

Administration et cotation. Pour chacun des douze items, le patient fait la liste des personnes sur lesquelles il pense pouvoir compter dans la situation décrite et indique son degré de satisfaction par rapport au soutien disponible selon une échelle de type Likert en six points (1 : « très insatisfait » ; 2 : « insatisfait » ; 3 : « plutôt insatisfait » ; 4 : « plutôt satisfait » ; 5 : « satisfait » ; 6 : « très satisfait »). On effectue alors la somme des scores obtenus aux six items du facteur satisfaction (cotés de 1 à 6), pour constituer le score de satisfaction vis-à-vis du soutien reçu (variant de 6 à 36). Un score élevé indique un fort degré de satisfaction. De même, la somme des scores obtenus aux six items du facteur perception de disponibilité (cotés de 0 à 9) représente un score de disponibilité du réseau social (variant de 0 à 54). Un score élevé indique un réseau social perçu comme important.

1.1.2.2 La qualité de la relation : Quality of Relationships Inventory (QRI) de Pierce, Sarason & Sarason (1991. En cours de validation française

Présentation. Créé et validé par Pierce et al. (1991), ce questionnaire a pour but d'évaluer la disponibilité et l'intensité du soutien issu d'une personne proche, ainsi que les conflits au sein de cette relation. Il a fait l'objet d'une validation en anglais (version originale de Pierce, Sarason & Sarason, 1991). Les propriétés psychométriques ont été réexaminées par Pierce et al, 1997) (Tableau 9), en japonais (Nakano et al, 2002) ainsi qu'en allemand (Verhofstadt, Buysse, Rosseel & Peene, 2006).

Tableau 9 : *Consistance interne (alpha de Cronbach) des trois facteurs du QRI (Pierce et al., 1991) selon le proche choisi.*

Facteurs	Mère	Père	Ami
Disponibilité du soutien	0,83	0,88	0,85
Conflit	0,88	0,88	0,91
Intensité de la relation	0,83	0,86	0,84

*n=211 étudiants

La validation auprès des patients atteints de cancer est en cours de réalisation au laboratoire de psychologie EA 4139, de l'université Bordeaux 2. Dans l'attente des résultats de cette validation, nous avons retenu pour cette recherche le modèle à trois facteurs de Pierce (1991) qui présente une bonne consistance interne (Tableau 9)

Dans notre étude, la consistance interne est de $\alpha = 0,56$ pour la dimension « disponibilité du soutien », de $\alpha = 0,32$ pour la dimension « intensité de la relation » et de $\alpha = 0,77$ pour la dimension « conflit ».

Administration et cotation. Pour chacun des vingt-cinq items, le patient répond selon une échelle de type Likert en quatre points (1 : « pas du tout » ; 2 : « un peu » ; 3 : « assez » ; 4 : « beaucoup »). Trois scores sont alors calculés : un score du facteur disponibilité du soutien (qui varie entre 0 et 28), un score du facteur intensité du soutien (qui varie entre 0 et 24) et un score du facteur conflit (qui varie entre 0 et 48). Des scores élevés traduisent une disponibilité et une intensité importantes, ainsi que de nombreux conflits.

1.1.2.3 Contrôle perçu : Locus of Control Scale for Cancer Patients (C.L.C.S.) de Pruyn et al (1988), validation française par Cousson-Gélie et al. (2005)

Présentation. De bonne validité de contenu, cette échelle de contrôlabilité spécifique de la maladie de quatorze items a été construite afin de mesurer la perception de contrôle de la maladie chez des patients atteints de maladie chronique grave et cancéreuse. Cette échelle a fait l'objet d'une validation sur une population hollandaise (Pruyn et al., 1988) puis anglo-saxonne (Watson et al., 1990) et sur une population française de patientes atteintes d'un cancer du sein (Cousson-Gélie et al, 2005). Une analyse factorielle suivie de rotations varimax a permis de retrouver les trois facteurs de la version allemande : contrôle interne sur le cours de la maladie, attribution causale interne sur l'apparition de la maladie et contrôlabilité religieuse. Concernant la validation française de Cousson-Gélie, et al., (2005), la consistance interne est de $\alpha = 0{,}76$ pour le score de contrôle interne sur le cours de la maladie, de $\alpha = 0{,}72$ pour le score d'attribution causale et de $\alpha = 0{,}76$ pour le score de contrôlabilité religieuse.

Dans notre étude, la consistance interne est de $\alpha = 0{,}70$ pour la dimension « contrôle de l'évolution de la maladie », de $\alpha = 0{,}67$ pour la dimension « attribution causale », de $\alpha = 0{,}56$ pour la dimension « contrôle religieux ».

Administration et cotation. Le patient répond aux 14 items avec une échelle de Likert en quatre points (de 1 pas du tout d'accord à 4 tout à fait d'accord). Trois scores correspondant aux trois dimensions de l'échelle (contrôle de l'évolution, d'attribution causale et de contrôle religieux) sont obtenus en faisant la somme des réponses à certains items. La somme des scores obtenus aux six items du facteur 1 constitue le score d'attribution causale interne par rapport à la survenue de la maladie. Un score élevé indique une attribution causale interne. La somme des scores obtenus aux cinq items du facteur 2 indique une croyance en un contrôle par rapport à l'évolution de la maladie. Un score élevé signifie que le sujet, son médecin et sa famille peuvent influencer l'évolution de la maladie. La somme des scores obtenus aux trois items du facteur 3 constitue le score de croyance en un contrôle religieux. Un score élevé indique que le sujet croit que l'instance divine a une influence sur le déclenchement et le devenir de la maladie.

1.1.2.4 Coping : Mental Ajustement to Cancer Scale de Watson et al. (1988), validation française de Cayrou et al. (2003)

Présentation. Validée en Italie (Grassi & Watson, 1992 ; Grassi, Rosti, Lasalvia & Marangolo, 1993), en Espagne (Ferrero, Barreto & Toledo, 1994), aux USA (Schnoll et al., 1995), et au Japon (Akechi et al., 2000), la version française de la Mental Ajustement to Cancer Scale de Watson et al. (1998) apparaît comme un instrument performant visant à évaluer les stratégies de coping des patients confrontés à la maladie cancéreuse. Les quarante items initiaux se regroupent en cinq sous-échelles : l'esprit combatif (16 items), l'impuissance-désespoir (6 items), les préoccupations anxieuses (9 items), le fatalisme (8 items) et l'évitement (1 item). Très utilisée en psycho-oncologie, elle possède d'excellentes qualités psychométriques, dont celles de la version française sont présentées dans le Tableau 10. La version française comprend quarante-cinq items répartis en cinq échelles.

Tableau 10 : *Caractéristiques statistiques et psychométriques des 5 sous-échelles de la version française de la MAC (Cayrou et al., 2003).*

Sous-échelles	Nombre d'items	Moyennes*	Ecart-types*	Alpha*	Corrélations test-retest**
Esprit combatif	13	42.20	6.01	0.85	0.81
Impuissance-Désespoir	11	19.31	5.83	0.85	0.72
Préoccupations anxieuses	12	26.54	7.68	0.89	0.81
Evitement	5	11.89	5.35	0.74	0.69
Dénégation	3	4.61	1.79	0.60	0.75

*Population de personnes atteintes de cancer (n = 317)
**T1-T2 à quinze jours d'intervalle en cours de radiothérapie (n = 49)

Dans notre étude, la consistance interne est de α = 0,84, α = 0,84, α = 0,86, α = 0,61, α = 0,67, pour respectivement, l'esprit combatif, l'impuissance-désespoir, les préoccupations anxieuses, l'évitement et la dénégation.

Administration et cotation. Le patient répond aux 45 questions, sur une échelle de type Likert à 4 points (pas du tout, un peu, assez, tout à fait correspondant à respectivement 1, 2, 3 et 4 points). Cinq scores des cinq dimensions sont alors obtenus.

- la somme des scores des treize items (items 3, 5, 8, 10, 12, 13, 19, 20, 25, 26, 29, 30 et 41) constitue le score du facteur « esprit combatif ». Les scores s'échelonnent de 13 à 52, un score élevé indiquant le recours à cette stratégie.

- la somme des scores des onze items (items 1, 2, 6, 7, 11, 16, 17, 18, 22, 27 et 44) constitue le score du facteur « impuissance/désespoir ». Les scores s'échelonnent de 11 à 44. Un score élevé indique que le patient utilise une telle stratégie au moment de l'évaluation.
- la somme des scores des douze items (4, 9, 14, 15, 23, 28, 31, 32, 35, 36, 40 et 43) constitue le score du facteur « préoccupations anxieuses ». Les scores s'échelonnent de 12 à 48. Un score élevé indique que le patient utilise une telle stratégie au moment de l'évaluation.
- la somme des scores des cinq items (items 21, 34, 37, 39 et 42) constitue le score du facteur « évitement cognitif » . Les scores varient de 5 à 20. Un score élevé indique un fort évitement cognitif de la part du patient.
- la somme des scores des trois items (items 24, 33, 38) constitue le score du facteur « dénégation ». Les scores s'échelonnent de 3 à 12. Un score élevé indique que le patient utilise une telle stratégie au moment de l'évaluation.

1.1.3. La variable dépendante ou critère : la détresse émotionnelle, anxiété-dépression : Hospital Anxiety and Depression scale (HADs) de Zigmond et Snaith (1983), validation française de Lepine, Godchau, Brun & Lempiere (1985) et validation auprès de patients cancéreux de Razavi, Delvaux, Farvacques & Robaye (1989)

Ce questionnaire d'auto-évaluation a été originellement développé afin d'évaluer le niveau actuel de la symptomatologie dépressive et anxieuse en éliminant les symptômes somatiques. La comparaison de différentes populations de patients évalués par l'HAD a permis de confirmer sa bonne sensibilité. Cette échelle a été traduite en français et validée par Lépine et al. (1985). Les auteurs ont pu montrer que la baisse du fonctionnement physique et social du patient et la présence d'une douleur chronique sont associés à des scores d'anxiété plus élevés.

Razavi et al. (1989) a éprouvé la validité de construit de cette échelle chez de 228 patients francophones atteints de cancer. Cette échelle de quatorze items est très souvent utilisée pour évaluer l'anxiété et la dépression des patients atteints de maladie cancéreuse. Comportant deux sous-échelles de sept items chacune (l'une d'anxiété, l'autre de dépression), elle nous permettra d'évaluer la détresse émotionnelle, l'anxiété et la dépression étant des critères d'ajustement émotionnel souvent retenus.

Dans notre étude, la consistance interne est de α = 0,77, α = 0,84, α = 0,89, pour respectivement, la dimension d'anxiété, de dépression, et de l'échelle complète.

Administration et cotation. Le patient répond aux 14 items grâce à une échelle de type Likert en quatre points. Les items 1, 3, 5, 7, 9, 11 et 13 constituent la sous-échelle d'anxiété et sont contés de 3 à 0. Les items 2, 4, 6, 8, 10, 12 et 14 constituent la sous-échelle de dépression et sont cotés de 0 à 3. Trois scores sont obtenus : deux sous-scores totaux d'anxiété et de dépression s'échelonnant de 0 à 21 et un score total de 0 à 42. Les auteurs de l'échelle recommandent l'utilisation des deux sous-scores avec les valeurs-seuils suivantes : un score inférieur à 7 indique l'absence d'un trouble anxieux ou dépressif, un score compris entre 8 et 10 indique un trouble (anxieux ou dépressif) considéré comme douteux et un score total supérieur à 11 désigne un trouble (anxieux ou dépressif) probable. D'après 10 études effectuées auprès d'un total de 1803 patients atteints de cancers (Bjelland et al., 2002), le seuil optimal permettant de détecter les cas certains de développer une symptomatologie anxieuse est de 9 (avec une sensibilité moyenne de 0,72 et une spécificité moyenne de 0,81). Pour une symptomatologie dépressive, le seuil est de 8 (avec une sensibilité moyenne de 0,66 et une spécificité moyenne de 0,83).

Tableau 11 : *Échelles complétées aux différents moments d'évaluation.*

Type de variables	Echelles	T0	T1	T2	T3
Dispositionnelles					
	NEO-PI R de Costa et McCrae, validé en français par Rolland et al. (1993)	x			
	L'échelle Life Orientation Test-Révisé (LOT-R) de Sheier et al. (1985), révisée par Vautier et al. (2003)	x			
Transactionnelles	*Social Support Questionnaire (S.S.Q. de Sarason et al., 1983) validée en France par Rascle et al., 1997*	x	x	x	x
	Quality of Relationships Inventory (QRI) de Pierce et al. (1991.	x	x	x	x
	Le Locus of Control Scale for Cancer Patients (C.L.C.S.) de Pruyn et al (1988), validée en France par Cousson-Gélie et al. (2005)	x	x	x	x
	La Mental Ajustement to Cancer Scale de Watson et al. (1988), validée par Cayrou et al. (2003)	x	x	x	x
Critères	*La Hospital Anxiety and Depression scale (HADs) de Zigmond et Snaith (1983), traduit et validé en France par Lepine et al. (1985) et validé auprès de patients cancéreux par Razavi et al. (1989)*	x	x	x	x

2. CONSIDERATIONS ETHIQUES

Les questions d'éthique en psychologie sont complexes car elles touchent d'une part à la démarche scientifique, d'autre part à l'intégrité psychique des individus et enfin aux sciences humaines qui s'interrogent sur des réalités individuelles et sociales et qui sont par conséquent immergées dans des systèmes de croyances, de valeurs et d'opinions. Ainsi, l'investigateur s'est engagé à informer le patient de façon claire et juste du protocole et à lui demander un consentement éclairé et écrit (Annexe 13). Le patient est inclus dans l'étude après avoir pris connaissance du formulaire d'information et signé le formulaire de consentement. Le projet d'étude a été soumis à l'avis préalable du Comité Consultatif de Protection des Personnes de Bordeaux. Les identités des patients qui ont participé à l'étude sont maintenues confidentielles, ainsi que les données médicales les concernant. Le déroulement des entretiens effectués auprès des patients est concomitant de leur première séance de chimiothérapie

amorçant un début de traitement, en accord avec leur souhait « de ne pas avoir à revenir sur l'établissement ». L'entretien dure environ 45 minutes pour chacun d'eux.

3. HYPOTHESES OPERATIONNELLES ET MODELE D'ANALYSE

Afin d'étudier les changements dans la détresse psychologique des personnes atteintes de cancer et de vérifier les possibles différences d'évolution entre les personnes atteintes d'un primo cancer et celles atteintes d'une récidive de cancer, nous posons les hypothèses suivantes :

Hypothèse n°1 : Il existe quatre trajectoires distinctes obtenues à partir des scores à la HAD mesurés sur quatre temps auprès de patients atteints de cancer. Ces trajectoires permettent de déterminer quatre groupes d'individus en fonction des scores obtenus à la HAD sur tous les temps de mesure :

Hypothèse 1-1 : Il existe un groupe représenté par une détresse émotionnelle faible mesurée à tous les temps de mesure (groupe 1).

Hypothèse 1-2 : Il existe un groupe dont la détresse émotionnelle élevée à T0 tend à diminuer à T1, T2 et T3 (groupe 2).

Hypothèse 1-3 : Il existe un groupe dont la détresse émotionnelle faible à T0 tend à augmenter à T1, T2 et T3 (groupe 3).

Hypothèse 1-4 : Il existe un groupe représenté par une détresse émotionnelle élevée à tous les temps de mesure (groupe 4).

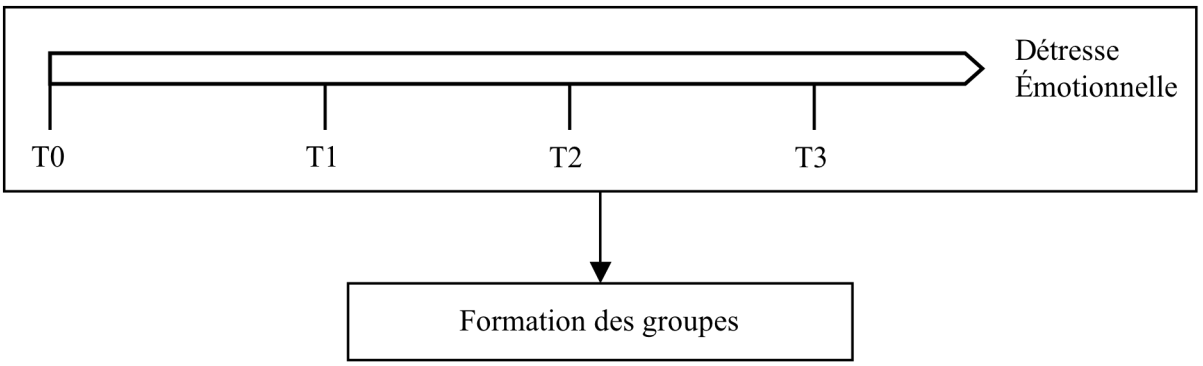


Figure 11 : Modèle d'analyse des trajectoires selon les groupes.

Hypothèse n°2 : Les traits de personnalité (anxiété, dépression et optimisme) mesurés à T0 à l'aide du NEO-PI-R (anxiété et dépression), et de la LOT-R (optimisme) ainsi que le fait d'être atteint de cancer primitif ou de récidive prédisent l'appartenance aux différents groupes (*Figure 12*):

Hypothèse 2-1 : Un score faible aux dimensions anxiété et dépression du Néo-Pi-R, un score faible d'optimisme[11] mesuré avec la LOT-R, ainsi que le fait d'être atteint d'un cancer primitif, prédisent l'appartenance des sujets au groupe 1.

Hypothèse 2-2 : Un score faible aux dimensions anxiété et dépression du Néo-Pi-R, un score faible d'optimisme[11] mesuré avec la LOT-R, ainsi que le fait d'être atteint d'un cancer primitif prédisent l'appartenance des sujets au groupe 2.

Hypothèse 2-3 : Un score élevé aux dimensions anxiété et dépression du Néo-Pi-R, un score élevé d'optimisme[11] mesuré avec la LOT-R, ainsi que le fait d'être atteint d'un cancer primitif prédisent l'appartenance des sujets au groupe 3.

Hypothèse 2-4 : Un score élevé aux dimensions anxiété et dépression du Néo-Pi-R, un score élevé d'optimisme[11] mesuré avec la LOT-R, ainsi que le fait d'être atteint d'un cancer récidivant prédisent l'appartenance des sujets au groupe 4.

L'âge et le genre sont des variables contrôlées.

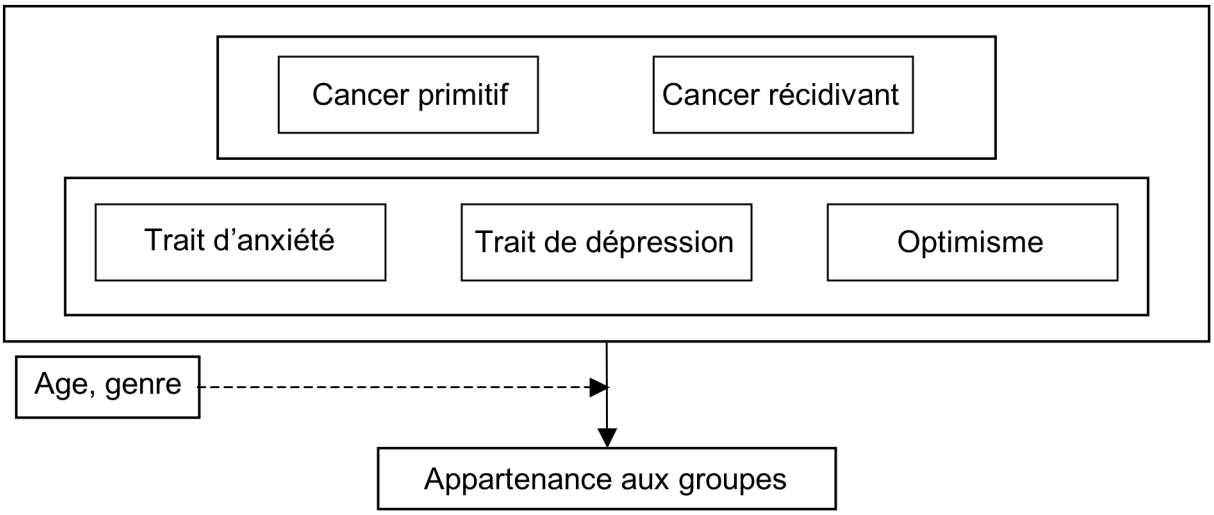


Figure 12 : Modèle d'analyse des trajectoires selon les variables dispositionnelles et médicales.

[11] Un score faible obtenu à la LOT-R indique un optimisme élevé. Un score élevé indique un faible optimisme

Hypothèse n°3 : Les variables transactionnelles mesurées à T0, soit les stratégies de coping (esprit combatif, impuissance-désespoir, préoccupations anxieuses, évitement et dénégation) mesurées à l'aide de la MAC, le sentiment de contrôle sur la maladie mesuré à l'aide de la CLCS, le soutien social perçu mesuré à la SSQ et la qualité de la relation mesurée à l'aide du QRI prédisent l'appartenance aux différents groupes (*Figure 13*):

Hypothèse 3-1 : Un score élevé à la sous-échelle « esprit combatif », des scores faibles aux sous-échelles « impuissance-désespoir », « préoccupations anxieuses », « évitement » et « dénégation » de la MAC, un score élevé à la dimension « sentiment de contrôle sur la maladie » et des scores faibles aux dimensions « attributions causales » et « contrôle religieux » de la C.L.C.S., des scores élevés aux dimensions « disponibilité perçue » et « satisfaction perçue » vis-à-vis du soutien social de la S.S.Q., des scores élevés aux dimensions « disponibilité perçue » et « profondeur de la relation perçue » et un score faible à la dimension « conflits » au regard d'une relation spécifique du Q.R.I, prédisent l'appartenance des sujets au groupe 1.

Hypothèse 3-2 : Des scores élevés aux sous-échelles « esprit combatif », « impuissance-désespoir » et « préoccupations anxieuses », des scores faibles aux sous-échelles « évitement » et « dénégation » de la MAC, un score faible à la dimension « sentiment de contrôle sur la maladie » et des scores élevés aux dimensions « attributions causales » et « contrôle religieux » de la C.L.C.S., des scores élevés aux dimensions « disponibilité perçue » et « satisfaction perçue » vis-à-vis du soutien social de la S.S.Q., des scores élevés aux dimensions « disponibilité perçue » et « profondeur de la relation perçue » et un score faible à la dimension « conflits » au regard d'une relation spécifique du Q.R.I, prédisent l'appartenance des sujets au groupe 2.

Hypothèse 3-3 : Des scores faibles aux sous-échelles « esprit combatif », « impuissance-désespoir » et « préoccupations anxieuses », des scores élevés aux sous-échelles « évitement » et « dénégation » de la MAC, des scores élevés aux dimensions « sentiment de contrôle sur la maladie », « attributions causales » et « contrôle religieux » de la C.L.C.S., des scores faibles aux dimensions « disponibilité perçue » et « satisfaction perçue » vis-à-vis du soutien social de la S.S.Q., des scores faibles aux dimensions « disponibilité perçue » et « profondeur de la relation perçue » et un score élevé à la dimension « conflits » au regard d'une relation spécifique du Q.R.I, prédisent l'appartenance des sujets au groupe 3.

Hypothèse 3-4 : Un score faible à la sous-échelle « esprit combatif » et des scores élevés aux sous-échelles « impuissance-désespoir », « préoccupations anxieuses », « évitement » et « dénégation » de la MAC, un score faible à la dimension « sentiment de contrôle sur la maladie » et des scores élevés aux dimensions « attributions causales » et « contrôle religieux » de la C.L.C.S., des scores faibles aux dimensions « disponibilité perçue » et « satisfaction perçue » vis-à-vis du soutien social de la S.S.Q., des scores faibles aux dimensions « disponibilité perçue » et « profondeur de la relation perçue » et un score élevé à la dimension « conflits » au regard d'une relation spécifique du Q.R.I, prédisent l'appartenance des sujets au groupe 4.

Les variables contrôlées sont l'âge, le genre et le type de cancer (primitif ou récidivant).

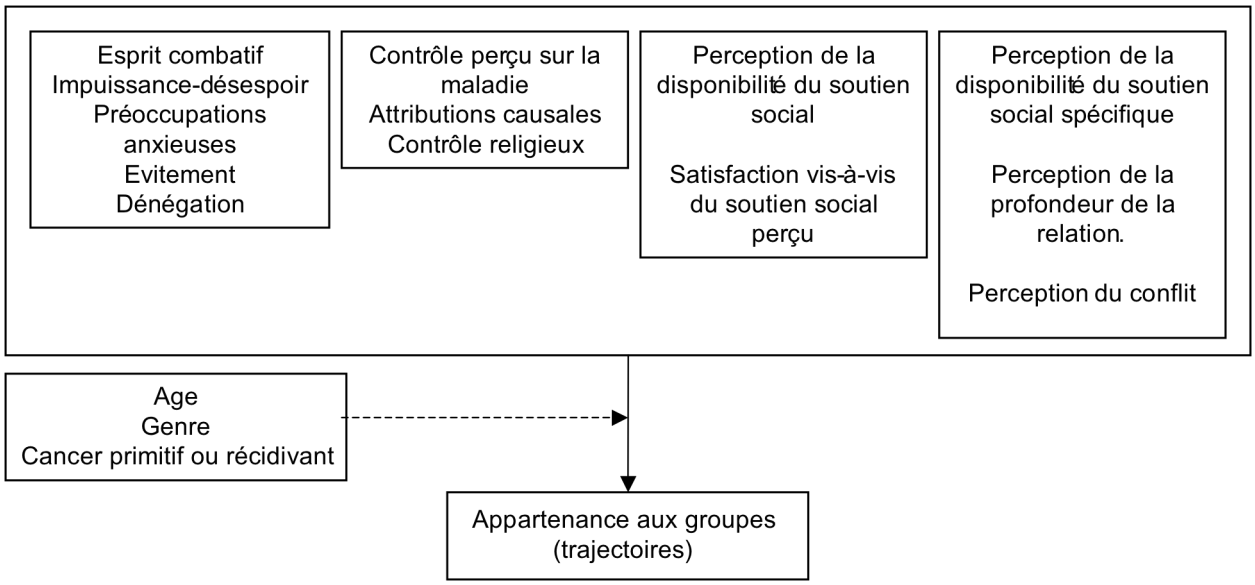


Figure 13 : Modèle d'analyse des trajectoires selon les variables transactionnelles.

4. ANALYSE DES DONNEES

Les analyses décrites ci-dessous portent sur l'ensemble de l'échantillon (n = 286), soit sur des personnes atteintes de cancer primitif ou de récidive cancéreuse. Afin d'éprouver l'ensemble de nos hypothèses, nous avons testé un modèle de mélange semi-paramétrique et des régressions logistiques.

4.1. Etude des trajectoires de développement : modèle de mélange semi-paramétrique

Nous nous sommes intéressée à un modèle d'analyse du changement donnant la possibilité d'étudier un phénomène susceptible d'évoluer selon des trajectoires variées. Une trajectoire décrit l'évolution d'un comportement à partir de données longitudinales. Plus précisément, elle sert à décrire, pour un individu, un processus continu latent mais dont une approximation peut être obtenue en mesurant ses manifestations à plusieurs reprises (Curran & Willoughby, 2003). Elle peut être représentée graphiquement par une courbe illustrant le développement en fonction du temps. L'avantage premier des trajectoires est qu'elles représentent une modélisation explicite du changement individuel, ce qui n'est pas le cas des méthodes traditionnelles d'analyse du changement (comme, par exemple, l'analyse de variance à mesures répétées).

Il s'agit du modèle mixte non paramétrique encore appelé modèle de mélange semi-paramétrique (Nagin, 1999). Il a été expressément conçu pour déterminer la présence de sous-groupes distincts parmi un ensemble de trajectoires. Il peut ainsi être considéré comme un modèle à deux niveaux (Raudenbush, 2011) où le premier niveau représente l'ensemble des trajectoires individuelles et où le second permet de conceptualiser les trajectoires comme appartenant à un nombre fini de sous-groupes relativement homogènes. Cette méthode semi-paramétrique permet d'analyser des données de nature hétérogène en partant de l'hypothèse que la population se décompose en un ensemble de sous-populations déterminées (Jones & Nagin, 2007 ; Jung & Wickrama, 2008, Nagin, 1999 ; Nagin & Tremblay, 2001).

Cette méthode offre quatre capacités principales :

1) la capacité de reconnaître des groupes distincts de trajectoires plutôt que d'en supposer l'existence

2) la capacité d'estimer la proportion de la population qui suit chacun de ces groupes de trajectoires,

3) la capacité d'établir le lien entre la probabilité d'appartenir à un groupe ou caractéristiques et les circonstances individuelles

4) la capacité d'utiliser les probabilités d'appartenir à un groupe à diverses autres fins, telles que la création de profils des membres des groupes.

Dans le cadre de cette étude, l'intérêt d'un tel modèle est qu'il est apte à répondre à des questions propres à la problématique comme :

- Existe-t-il plusieurs types de changements au cours du temps.

- Combien en existe-t-il ? Et, combien de sujets appartiennent à chacun d'entre eux ?

- Quelle forme ont-ils ?

- Peut-on prédire l'appartenance des sujets à chacun des groupes ?

Les analyses ont été effectuées en utilisant la procédure PROC TRAJ avec le logiciel SAS® version 9.1 (2006). Le critère d'information Bayésien (BIC) a conduit à la sélection du nombre de groupes optimal ainsi qu'à la sélection de la forme des trajectoires de chaque groupe. Quatre critères ont été croisés afin de sélectionner le nombre de groupes :

- Le critère de choix du modèle de Jeffrey (Jeffreys, 1961), lequel permet d'interroger la crédibilité relative des différents modèles conditionnellement aux données.

- De manière itérative, la valeur BIC a été comparée, d'un modèle à n groupes avec la précédente (n-1 groupes) et la suivante (n+1 groupes).

- Parallèlement, une analyse des probabilités moyennes d'appartenance à chacun des groupes a été réalisée, en considérant un seuil minimum de .70 (Costello, Swendsen, Rose, & Dierker, 2008 ; Nagin, 2005).

- - Enfin, le nombre de sujets dans chacun des groupes et la pertinence théorique des solutions ont également participé au choix de la solution.

La forme des trajectoires a été sélectionnée pour chaque groupe en s'appuyant sur le modèle polynomial s'ajustant le mieux aux observations. Ainsi, un premier groupe peut être caractérisé par une courbe développementale quadratique alors qu'un second sera mieux représenté par une évolution linéaire. En comparant la valeur des BIC et en suivant les préconisations de Jones (2005), la stratégie a consisté, au départ, à sélectionner une trajectoire quadratique pour l'ensemble des groupes puis à diminuer l'ordre des modèles polynomiaux de chacun des groupes, jusqu'à obtenir les paramètres significatifs d'ordre plus élevé. Un test de Wald a été réalisé afin de s'assurer que les pentes des trajectoires étaient significativement distinctes (Andruff, Carraro, Thompson, Gaudreau, & Louvet, 2009 ; Jones & Nagin, 2007).

4.2. Régressions logistiques

Une fois le nombre de groupes et les formes des trajectoires déterminés, il faut rechercher les probabilités pour les sujets d'appartenir à tel ou tel groupe en fonction des différentes variables dispositionnelles et transactionnelles. Dans un premier temps, nous avons classé la population en fonction des scores obtenus aux différentes échelles. Cependant, toutes les échelles n'ont pas de valeurs-seuils établies et en particulier en cancérologie. Nous avons donc dichotomisé les distributions en utilisant la médiane. Ces variables dichotomiques contiennent donc deux groupes : scores élevés et score faibles (Tableau 12). L'intérêt d'un tel modèle est qu'on obtient un coefficient différent pour chaque variable explicative en fonction de chacune de ses deux modalités. Ainsi, il devient possible de croiser les informations au niveau des variables explicatives. Donc, ce qui est modélisé, c'est la probabilité qu'une personne ait telle ou telle caractéristique personnelle en fonction de son groupe d'appartenance. Dans cette modélisation, tous les paramètres ß des variables explicatives ne s'analysent d'abord qu'en fonction de leur écart par rapport à la modalité de référence qui est automatiquement égale à 1, laquelle prend également en compte le fait que toutes les catégories ne sont pas également représentées. La première modalité ou modalité de référence est donc exclue et considérée comme étant l'intercept. Ce type de modélisation nécessite autant de régressions qu'il y a de niveaux dans la variable dépendante par rapport à une modalité de référence. Concrètement, la probabilité qu'une personne fasse partie d'un groupe (noté y) en fonction de ses x_{ik} caractéristiques (soit ici potentiellement : le type de cancer (primitif/récidive), l'optimisme, le névrosime (anxiété/dépression), le soutien social, la qualité

de la relation, le contrôle perçu, le coping) s'écrit :

Equation 1 : $P(y/x_i) = \beta_{0y} + \beta_{1y}x_{typecan} + \beta_{2y}x_{opt} + \beta_{2y}x_{nev}$

Equation 2 : $P(y/x_i) = \beta_{0y} + \beta_{1y}x_{soutsoc} + \beta_{2y}x_{qualrel} + \beta_{2y}x_{controle} + \beta_{3y}x_{coping}$

Dans ces équations, l'âge, le genre et la localisation du cancer sont contrôlés.

En termes d'interprétation, et pour les variables nominales ou ordinales, le coefficient obtenu n'est pas interprétable en lui-même (seul son signe l'est). Pour parer à ce problème d'interprétation, comme expliqué plus haut, on compare toutes les variables à la catégorie de référence.

Ensuite, il s'agit de maximiser la fonction log-vraisemblance (logarithme de la vraisemblance ou estimation par maximum de vraisemblance) en fonction des vecteurs de chaque paramètre β, ce qui a été réalisé par le biais du test log-LRT (Log Likelihood Ratio Test). Nous avons obtenu différents modèles significatifs que nous avons finalement comparés en fonction de la valeur des BIC.

4.3. Mise en œuvre des analyses statistiques

Les analyses de trajectoires ont été effectuées en utilisant la procédure PROC TRAJ avec le logiciel SAS® version 9.1 (2006).

Les régressions logistiques sont réalisées à l'aide du logiciel libre r version 2.12 avec les interfaces graphiques commander et r2stat et certains modules (packages) dont les librairies Design (F.harrell) et VGAM (T.Yee) ainsi que npmlreg (pour le test LRT). Le calcul des ODDS Ratio a été réalisé avec Exel car r ne permet de calculer que la valeur du coefficient, la formule dans Excel est EXP (valeur du coefficient) pour les coefficients positifs ou 1/EXP(valeur du coefficient) pour les négatifs.

Tableau 12 : *Recodage des variables.*

Patients (N= 286)	N (%)
Age	
≤ 55ans	100 (35)
56 ≤ 64 ans	92(32,2)
≥ 65 ans	94 (32,9)
Localisation du cancer	
Sein	189 (66,1)
Colorectal	34 (11,9)
Gynécologique	30 (10,5)
Autres	33 (11,5)
NEO-PI-R	
Anxiété	
Score ≤ 20 (G1)	160 (55,9)
Score > 20 (G2)	123 (43,0)
Dépression	
Score ≤ 19 (G1)	164 (57,3)
Score > 19 (G2)	120 (42,0)
LOT-R	
Score ≤ 13 (G1)	147 (51,4)
Score > 13 (G2)	136 (47,6)
SSQ	
Disponibilité	
Score ≤ 17 (G1)	146 (51,0)
Score > 17 (G2)	134 (46,9)
Satisfaction	
Score ≤ 34 (G1)	139 (48,6)
Score > 34 (G2)	138 (48,3)
QRI	
Soutien	
Score ≤ 24 (G1)	156 (54,5)
Score > 24 (G2)	124 (43,4)
Profondeur de la relation	
Score ≤ 13(G1)	151 (52,8)
Score > 13 (G2)	127 (44,4)
Perception du conflit	
Score ≤ 20 (G1)	147 (51,4)
Score > 20 (G2)	130 (45,5)
MAC	
Esprit combatif	
Score ≤ 47 (G1)	143 (50,0)
Score > 47 (G2)	137 (47,9)
Impuissance-désespoir	
Score ≤ 15(G1)	163 (57,0)
Score > 15 (G2)	116 (40,6)
Préoccupations anxieuses	
Score ≤ 22 (G1)	142 (49,7)
Score > 22 (G2)	137 (47,9)
Evitement	
Score ≤ 13(G1)	161 (56,3)
Score > 13 (G2)	119 (41,6)
Dénégation	
Score ≤ 3 (G1)	157 (54,9)
Score > 3 (G2)	121 (42,3)
CLCS	
Contrôle de l'évolution de la maladie	
Score ≤ 3 (G1)	150 (42,4)
Score > 3 (G2)	130 (45,5)
Attribution causale	
Score ≤ 3 (G1)	159 (55,6)
Score > 3 (G2)	120 (42,0)
Contrôle religieux	
Score ≤ 3 (G1)	159 (55,6)
Score > 3 (G2)	120 (42,0)

PARTIE III : RESULTATS

CHAPITRE I : DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON EN FONCTION DES SCORES AUX DIFFERENTES ECHELLES

Nous avons comparé les scores de notre population avec ceux de la population générale, pour l'ensemble des différentes dimensions de chaque questionnaire, à savoir, le NEO-PI-R, le LOT-R, la HAD, la MAC, le CLCS, le QRI et le SSQ. Nous précisons que le QRI étant en cours de validation en France, nous nous sommes donc basée sur les moyennes obtenues par Pierce et al. (1991). De plus, pour la lecture des résultats, nous nous sommes servis des seuils de références proposés par les auteurs de chaque échelle. Pour effectuer ces comparaisons de moyennes, nous avons utilisé le test-t de student pour échantillons indépendants. L'ensemble des scores moyens, écart-types et t de Student aux différentes échelles est présenté dans le Tableau 13.

Il apparaît que l'ensemble des 286 patients présentent des niveaux de détresse, d'anxiété et de dépression inférieurs aux valeurs-seuils préconisées[12]. Concernant les traits de personnalité, notre population d'étude ne présente pas d'anxiété et de dépression élevées mais ne seraient pas particulièrement optimistes. De plus, si les 286 patients ne perçoivent qu'un nombre restreint de personnes qui les soutiennent, ils en sont tout de même particulièrement satisfaits. A l'égard d'une relation spécifique avec une personne proche, ils éprouvent une grande disponibilité, ainsi qu'une profondeur de relation conséquente et relatent avoir que moyennement des conflits avec la personne proche. L'ensemble des patients ont un important sentiment de contrôle sur l'évolution de la maladie et pense que la religion a un rôle limité dans la maladie. L'attribution causale interne se situe dans la moyenne. Les patients ont recours préférentiellement à des stratégies de coping centrées sur le problème (esprit combatif). Ils utilisent également trois stratégies centrées sur l'émotion, « préoccupations anxieuses », « impuissance-désespoir » et « évitement ». Ils font peu appel à la stratégie « dénégation ».

Tableau 13 : *Comparaison à la population générale des moyennes de l'échantillon (n = 286) pour chaque dimension des variables dispositionnelles et transactionnelles, à l'entrée de l'étude.*

N= 286	*M (ET)*	*M (ET)**	*Test t*
NEO-PI-R (névrosisme)			
Anxiété	19,4 (4,0)	20,4 (5,8)	t(731) = 0,45
Dépression	19,3 (4,5)	18,4 (5,7)	t(731) = 0,50
LOT-R (optimisme)	15,0 (4,1)	3,1 (1,5)	t(726) = 0,20
H.A.D. (détresse émotionnelle)			
Anxiété	7,4 (3,9)	14,2 (3,2)	t(2953) = 0,34
Dépression	4,6 (3,4)	13,9 (3,9)	t(2953) = 0,25
Score total	12,0 (4,9)	28,0 (5,7)	t(2953) = 0,29
C.L.C.S (contrôle)			
Contrôle évolution maladie	18,7 (3,6)	16,6 (5,8)	t(441) = 0,50
Attributions causales	9,3 (3,0)	11,5 (3,9)	t(441) = 0,39
Contrôle religieux	4,5 (2,1)	5,8 (2,8)	t(441) = 0,34
Q.R.I. (qualité d'une relation spécifique)			
Profondeur	15,5 (2,9)	3,3 (0,6)	t(494) = 0,23
Disponibilité	21,7 (4,1)	3,2 (0,6)	t(494) = 0,21
Conflit	22,4 (6,5)	2,1 (0,5)	t(494) = 0,17
S.S.Q. (soutien social perçu)			
Disponibilité	18,0 (10,0)	29,6 (3,9)	t(955) = 0,43
Satisfaction	32,5 (4,3)	21,1 (8,9)	t(955) = 0,43
MAC (stratégies de coping)			
Esprit combatif	45,1 (6,8)	50,0 (6,1)	t(601) = 0,48
Préoccupations anxieuses	15,8 (5,2)	9,7 (3,4)	t(601) = 0,30
Impuissance-désespoir	24,0 (7,2)	21,8 (4,5)	t(601) = 0,43
Evitement	12,9 (3,9)		
Dénégation	4,4 (2,0)		

*N(NEOR-Pi-R) = 447 ; N(LOT) = 442 ; N(HAD) = 2669 ; N(CLCS) = 157 ; N(QRI) = 210 ; N(SSQ) = 671 ; N(MAC) = 317.

Afin de justifier que les trois variables indépendantes secondaires ont été choisies en variables contrôle (âge, genre, type de cancer) et avant l'exploration des résultats de nos hypothèses, nous souhaitons présenter les différences éventuelles entre les groupes construits à partir des scores obtenus aux différentes échelles et les variables contrôlées dans l'hypothèse 2 ou 3 (âge, genre, type de cancer). Il s'agit de groupes construits à partir de la moyenne des scores du NEOPI (anxiété et dépression), de la LOT, de la MAC, du SSQ, du QRI, de la CLCS, utilisés dans le cadre des hypothèses 2 et 3, soit à T0. L'ensemble des variables a été dichotomisé excepté l'âge (3 groupes : jeunes, intermédiaires et âgés). Nous présentons également ces différences selon la localisation du cancer. L'ensemble de ces résultats est présenté en Annexe 23.

Les résultats montrent que les patients les plus jeunes de notre étude sont moins optimistes, perçoivent une plus grande disponibilité du soutien social dont ils bénéficient, perçoivent davantage la profondeur de la relation que les patients plus âgés et adoptent davantage de stratégies de coping « impuissance-désespoir » que ceux d'âge intermédiaire. De plus, les

hommes sont plus optimistes que les femmes, ont un plus grand sentiment de contrôle de la maladie, sont davantage satisfaits du soutien social dont ils bénéficient mais perçoivent moins la profondeur de la relation que les femmes. Concernant la localisation cancéreuse, les patientes présentant un cancer du sein sont plus pessimistes, moins anxieuses et perçoivent mieux la profondeur dans la relation (soutien social spécifique) que l'ensemble des autres patients présentant d'autres atteintes cancéreuses organiques. Enfin, les patients présentant une récidive cancéreuse sont plus optimistes et plus anxieux, et perçoivent moins la profondeur de la relation que les patients présentant un cancer primitif.

L'ensemble de ces résultats montrant l'existence de différences au niveau des variables âge, genre et type de cancer (primitif-récidive) permettent de justifier la nécessité de les considérer comme des variables contrôles.

CHAPITRE II : APPROCHE LONGITUDINALE : MODELES DE MELANGE SEMI-PARAMETRIQUES

1. Ensemble des patients

1.1. Processus de sélection de modèles

Compte-tenu de la taille de notre échantillon qui s'avère parfois restreinte au regard des données manquantes aux différents temps de mesure (Tableau 14), nous avons analysé des modèles comprenant de 3 à 4 groupes. Afin de sélectionner le meilleur modèle, nous avons comparé la valeur des BIC en retenant les critères de choix indiqués par Jeffrey (1961) pour qui le meilleur modèle serait celui comportant le maximum de groupes (Tableau 15). Nous nous sommes également appuyée sur les moyennes des probabilités d'appartenance à chacun des groupes pour la HAD total (Tableau 16). La solution en 4 groupes convient à la fois pour l'anxiété, la dépression et la détresse émotionnelle (score total HAD) puisque les probabilités moyennes dépassent le seuil de .70. Les effectifs du groupe 4 sont très faibles (n = 8), nous avons cependant conservé cette solution compte tenu du critère BIC et des probabilités moyennes d'appartenance.

Tableau 14 : *Effectifs et pourcentages des données manquantes.*

	T0 (%)	T1 (%)	T2 (%)	T3 (%)
Anxiété	6 (2,1)	3 (1,0)	45 (15,7)	87 (30,4)
Dépression	5 (1,7)	2 (0,7)	46 (16,1)	87 (30,4)
HAD total	6 (2,1)	3 (1,0)	46 (16,1)	87 (30,4)

Tableau 15 : *Processus de sélection des modèles (BIC).*

Modèles	Nombre de groupes	Ordre	BIC
HAD anxiété			
1	4	3333	-2425,16
2	**4**	**0110**	**-2410,06**
3	3	222	-2440,99
4	3	022	-2435,48
HAD dépression			
1	4	3333	-2569,45
2	**4**	**0000**	**-2543,88**
3	3	222	-2577,12
4	3	000	-2564,01
HAD total			
1	4	3333	-3029,19
2	**4**	**0010**	**-2997,70**
3	3	222	-3034,15
4	3	010	-3025,07

Tableau 16 : *Valeurs moyennes des probabilités postérieures estimées (P) et effectifs des groupes pour la HAD total.*

N = 286	G1	G2	G3	G4
%	40,2	38,1	18,9	2,8
N	115	109	54	8
P moyenne post.	0,93	0,86	0,88	0,98

1.2. Description des groupes pour l'ensemble des patients

1.2.1. Anxiété

La solution retenue est donc composée de 4 groupes (*Figure 14*) Le groupe 1 (20,67%) est composé de sujets dont le niveau basal (T0) est le plus bas (M = 2,82), niveau qui reste constant jusque 9 mois plus tard. Le groupe 2 (44,6%) présente également un niveau constant au cours du temps, avec un niveau basal d'anxiété un peu plus élevé (M = 6,35). Le groupe 3 (29,47%) présente une anxiété moyenne à T0 (M= 10,37) qui reste constante. Le groupe 4 (5,24%) est caractérisé par une anxiété élevée à T0 (M= 14,92) qui reste constante. Ces informations sont résumées dans le Tableau 17.

Tableau 17 : *Modèle sélectionné pour l'anxiété.*

Groupes	Paramètres	Valeur estimée	Erreur standard	T	Prob> (T)
1	Intercept	2,81	0,28	9,88	0
2	Intercept	6,35	0,28	22,50	0
3	Intercept	10,37	0,47	22,01	0
4	Intercept	14,92	1,39	13,09	0

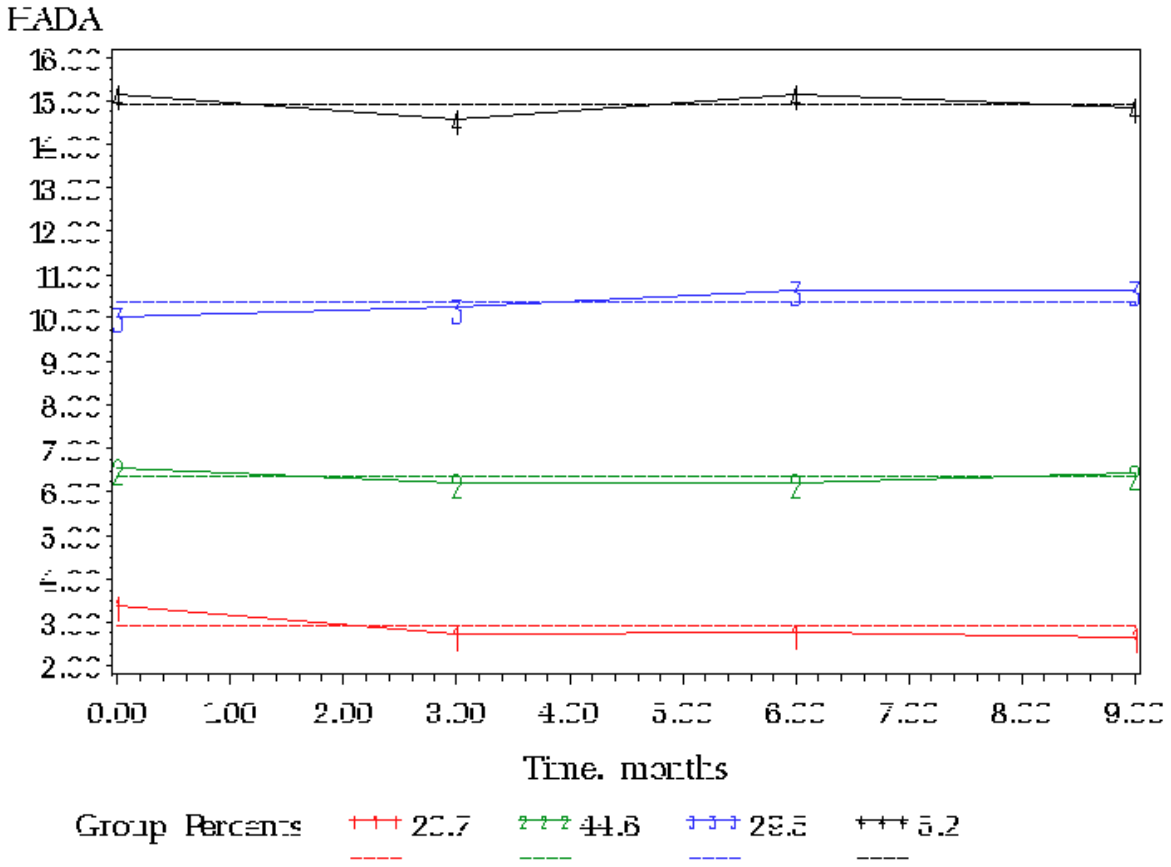


Figure 14 : Trajectoires en anxiété des 4 groupes (en pointillés : intervalles de confiance à 95%).

1.2.2. Dépression

La solution retenue est également composée de 4 groupes (*Figure 15*) Le groupe 1 (34,62%) est composé de sujets dont le niveau basal (T0) est le plus bas (M = 1,46), ce niveau reste constant jusque 9 mois plus tard. Le groupe 2 (45,53%) présente également un niveau faible (M = 4,21) qui tend légèrement à augmenter de façon linéaire (0,14) 3 mois plus tard pour rester stable sur les 6 mois suivants. Le groupe 3 (17,4%) présente une dépression moyenne (M= 7,34) qui présente une croissance linéaire entre T0 et T1 (0,38) pour rester stable jusqu'au 9ème mois. Le groupe 4 (2,47%) est caractérisé par une dépression élevée (M= 14,17) au niveau basal qui reste constante. Ces informations sont résumées dans le Tableau 18.

Tableau 18 : *Modèle sélectionné pour l'anxiété.*

Groupes	Paramètres	Valeur estimée	Erreur standard	T	Prob> (T)
1	Intercept	1,46	0,19	7,80	0
2	Intercept	4,21	0,22	18,99	0
	Linéaire	0,14	0,03	4,02	0
3	Intercept	7,34	0,34	21,87	0
	Linéaire	0,38	0,06	5,87	
4	Intercept	14,17	0,06	25,69	0

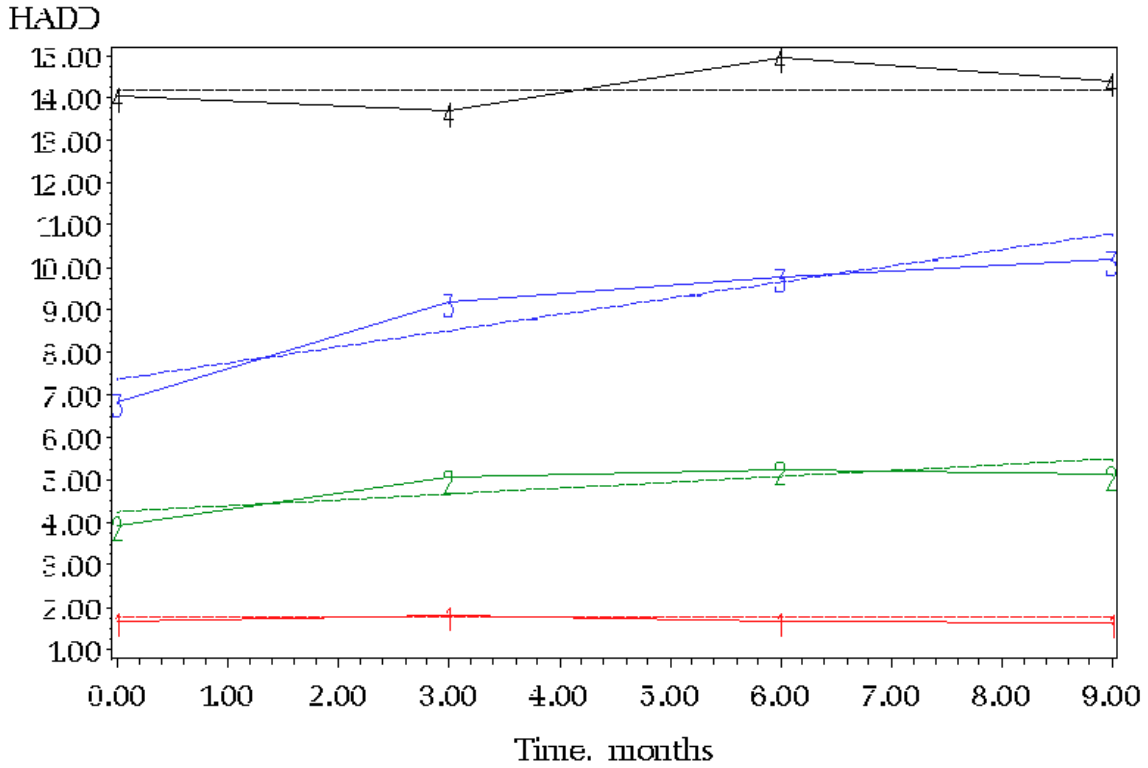


Figure 15 : Trajectoires en dépression des 4 groupes (en pointillés : intervalles de confiance à 95%).

1.2.3. Détresse émotionnelle (HAD total)

La solution retenue est toujours composée de 4 groupes (*Figure 16*). Le groupe 1 (40,01%) est composé de sujets dont le niveau basal (T0) est le plus bas (M = 6,59), ce niveau reste constant jusque 9 mois plus tard. Le groupe 2 (37,63%) présente un niveau basal plus élevé (M = 12,91) qui reste stable sur les 9 mois. Le groupe 3 (19,58%) présente une détresse émotionnelle moyenne (M= 16,59) qui présente une croissance linéaire entre T0 et T1 (0,49) pour rester stable jusqu'au 9ème mois. Le groupe 4 (2,77%) est caractérisé par une détresse

émotionnelle élevée (M= 28,60) au niveau basal qui reste constante au cours du temps. Ces informations sont résumées dans le Tableau 19.

Tableau 19 : *Modèle sélectionné pour la détresse émotionnelle.*

Groupes	Paramètres	Valeur estimée	Erreur standard	T	Prob> (T)
1	Intercept	6,59	0,28	23,60	0
2	Intercept	12,91	0,45	28,80	0
3	Intercept	16,59	0,56	29,51	0
	Linéaire	0,49	0,09	4,98	
4	Intercept	28,60	0,74	38,73	0

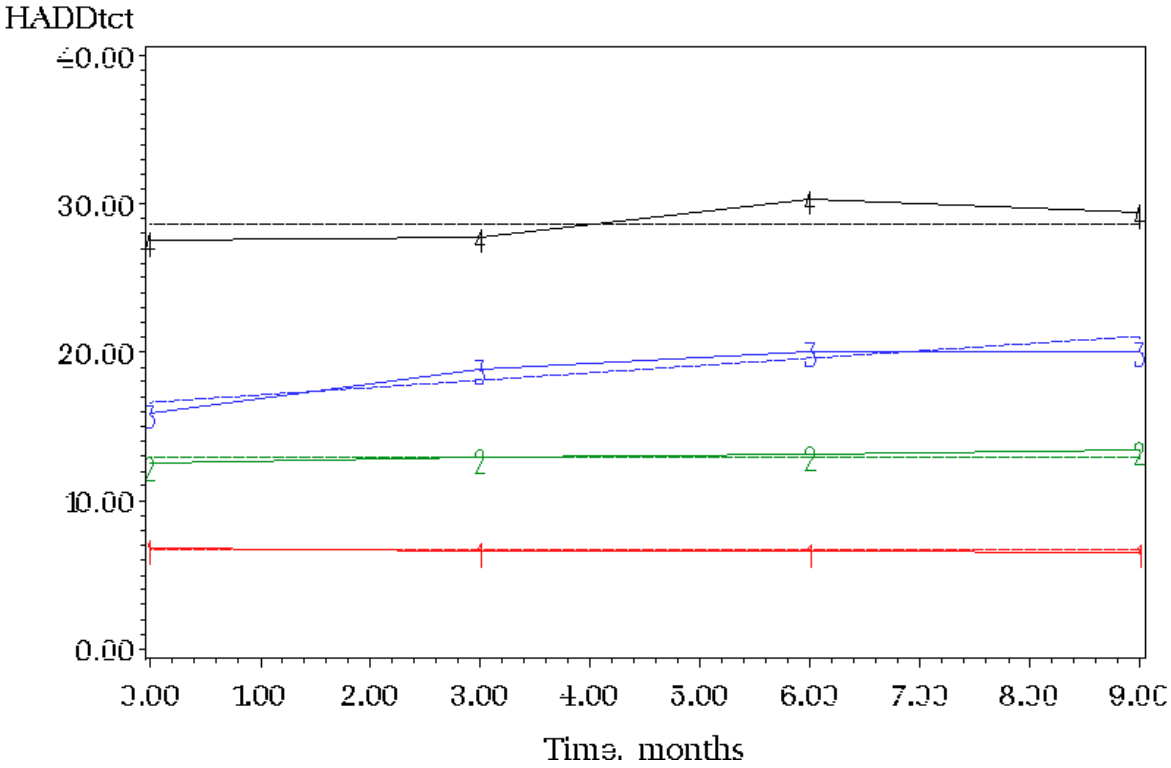


Figure 16 : Trajectoires en détresse émotionnelle des 4 groupes (en pointillés : intervalles de confiance à 95%).

Notons que pour l'ensemble de ces modèles, les intervalles de confiance ne se chevauchent pas, ce qui assure que les groupes sont bien distincts.

2. Description des groupes pour les patients atteints de primo-cancer ou de cancer récidivant pour la HAD total

2.1. Processus de sélection de modèles

Compte-tenu de la taille de notre échantillon parfois restreinte, nous avons analysé des modèles comprenant de 3 à 4 groupes. Afin de sélectionner le meilleur modèle, nous avons comparé la valeur des BIC, nous nous sommes également appuyée sur les moyennes des probabilités d'appartenance à chacun des groupes. La solution en 4 groupes est retenue. La valeur du BIC est de –817,40 (N=269) pour « cancer primitif » et de –712,40 (N=238) pour « récidive ». Par ailleurs, les probabilités moyennes d'appartenance a posteriori sont toutes supérieures à .70.

2.2. Description des groupes pour les patients atteints de cancer primitif

La solution retenue est composée de 4 groupes (*Figure 17*) Le groupe 1 (G1) est composé de sujets (13,71%) dont le niveau basal (T0) est le plus bas (M = 4,21), ce niveau reste constant jusque 9 mois plus tard. Le groupe 2 (47,91%) présente un niveau basal plus élevé (M = 8,58) qui reste stable sur les 9 mois. Le groupe 3 (35,95%) présente une détresse émotionnelle moyenne (M = 15,15) qui reste stable jusqu'au 9ème mois. Le groupe 4 (2,49%) est caractérisé par une détresse émotionnelle élevée (M = 33,83) qui présente une décroissance linéaire (-0,57) jusqu'au 3ème mois pour remonter jusqu'au 6ème mois. Ces informations sont résumées dans le Tableau 20.

Tableau 20 : *Modèle sélectionné pour la détresse émotionnelle des patients atteints de cancer primitif.*

Groupes	Paramètres	Valeur estimée	Erreur standard	T	Prob> (T)
1	Intercept	4,21	0,28	23,60	0
2	Intercept	8,58	0,45	28,80	0
3	Intercept	15,15	0,56	29,51	0
4	Intercept	33,82	0,74	38,73	0
	Linéaire	-0,57	0,76	-0,75	0,46

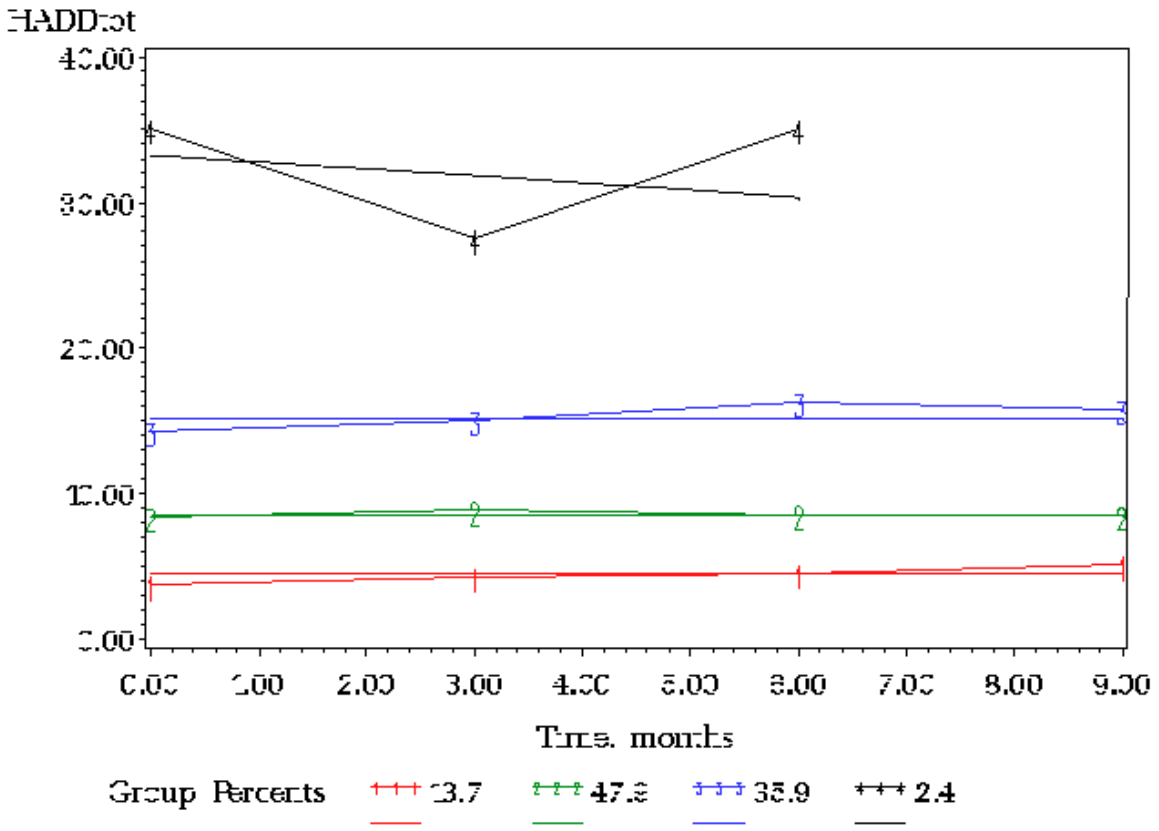


Figure 17 : Trajectoires en détresse émotionnelle des 4 groupes de patients atteints de cancer primitif (en pointillés : intervalles de confiance à 95%).

2.3. Description des groupes pour les patients atteints de cancer récidivant

La solution retenue est composée de 4 groupes (*Figure 18*). Le groupe 1 (G1) est composé de sujets (17,37%) dont le niveau basal (T0) est le plus bas (M = 3,97), ce niveau reste constant jusque 9 mois plus tard. Le groupe 2 (37,04%) présente un niveau basal plus élevé (M = 10,27) qui reste stable sur les 9 mois. Le groupe 3 (38,99%) présente une détresse émotionnelle moyenne (M = 14,46) qui augmente (croissance linéaire : 0,43) jusqu'au 3ème mois et reste stable ensuite jusqu'au 9ème mois. Le groupe 4 (6,59%) est caractérisé par une détresse émotionnelle élevée (M = 21,72) stable dans le temps. Ces informations sont résumées dans le Tableau 21.

Tableau 21 : *Modèle sélectionné pour la détresse émotionnelle des patients atteints de cancer récidivant.*

Groupes	Paramètres	Valeur estimée	Erreur standard	T	Prob> (T)
1	Intercept	3,97	0,82	4,81	0
2	Intercept	10,27	0,66	15,46	0
3	Intercept	14,46	0,63	22,82	0
	Linéaire	0,43	0,13	3,39	0
4	Intercept	21,72	1,42	15,33	0

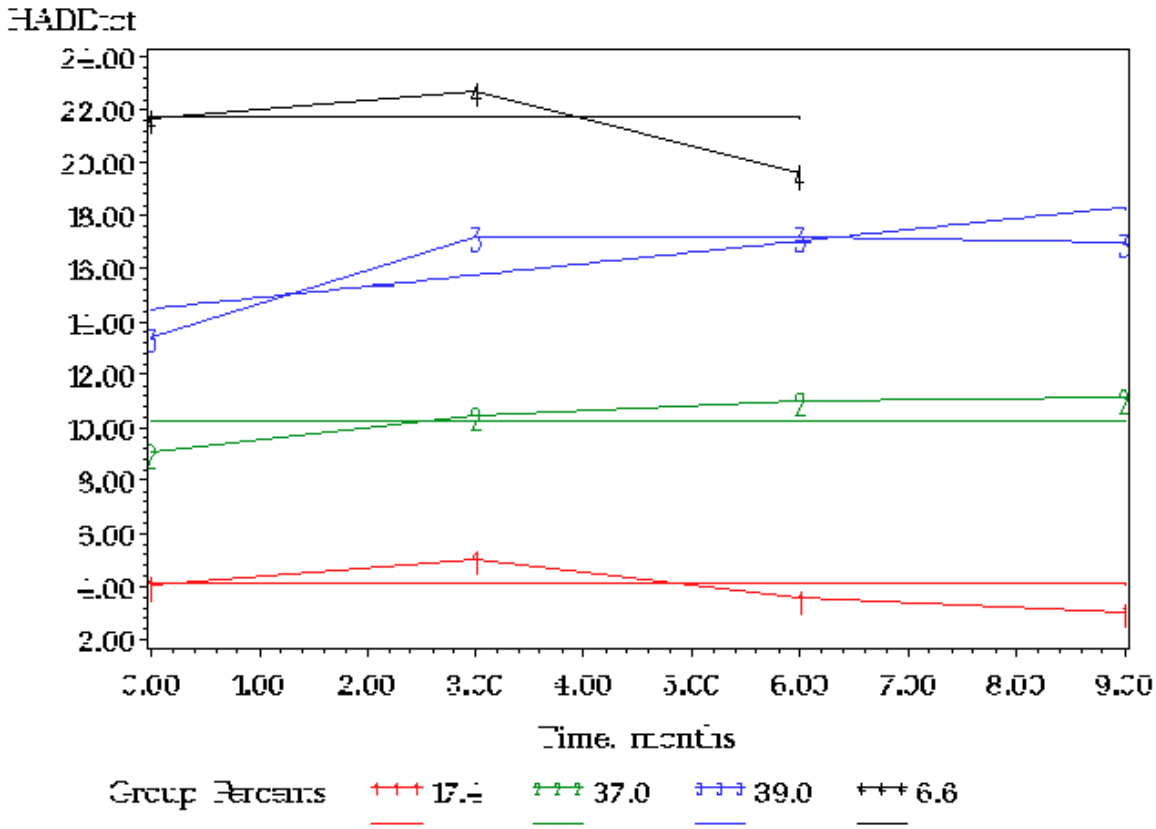


Figure 18 : Trajectoires en détresse émotionnelle des 4 groupes de patients atteints de cancer récidivant (en pointillés : intervalles de confiance à 95%).

Notons que pour l'ensemble de ces modèles, les intervalles de confiance ne se chevauchent pas, ce qui assure que les groupes sont bien distincts.

CHAPITRE III : RELATIONS ENTRE LES CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES ET LES DIFFERENTES TRAJECTOIRES

1. Explications préliminaires concernant les régressions multinomiales

Ces analyses portent sur deux échantillons principaux : cancer primitif et récidive. L'échantillon de patients atteints de cancer récidivant reste faible au regard de la population d'étude totale (et ce, en raison des difficultés de recrutement et de suivi), néanmoins, nos hypothèses de recherche portent sur ces deux grands différents types de cancer. De fait, il nous a fallu résoudre certaines problématiques liées à la répartition des effectifs dans les sous-groupes.

- Les variables contrôles (âge, genre, localisation du cancer) n'ont pu être entrées dans les analyses multivariées. La localisation du cancer reste en outre problématique, notamment concernant la répartition du genre (i.e. cancer du sein/homme). De même que l'âge (recodé en 2 modalités en prenant la médiane (59 ans) comme référence). Le genre ne permet pas non plus d'obtenir des sous-groupes conséquents (Tableau 22).

Tableau 22 : *Répartition des effectifs en fonction de l'âge, du genre et du type de cancer.*

Age	Cancer primitif N	Récidive N
≤ 59 ans		
Hommes	*7*	*2*
Femmes	*114*	*24*
> 59 ans		
Hommes	*14*	*22*
Femmes	*69*	*30*

- Par ailleurs, l'effectif du groupe 4 (n=8) reste contraignant. Or, il n'est pas justifié de retirer ce groupe en raison des critères d'ajustement du modèle. Une dichotomisation des groupes n'est pas non plus envisageable pour les raisons suivantes : si on regroupe les groupes 1 et 2 et 3 et 4 en deux groupes distincts, la problématique de la répartition des effectifs dans les sous-groupes reste la même ; et si on regroupe les groupes 2, 3, 4 en obtenant ainsi deux groupes distincts (1 puis 2/3/4), on résout la difficulté liée à la

répartition des effectifs mais cette solution n'offre aucune justification clinique. En effet, les scores moyens de détresse des sous-groupes sont très éloignés.

Utiliser des régressions multinomiales dans ce cadre reviendrait à prendre le risque de faire des inférences sur des estimateurs alors biaisés. Nos hypothèses portant sur les deux groupes (cancer primitif et récidive) restent capitales, il nous a semblé alors plus judicieux d'effectuer une MANCOVA et une ANCOVA lesquelles offrent plus de robustesse statistique (notamment concernant la normalité des distributions et l'écart aux égalités des variances).

Les analyses ont été réalisées à l'aide de SPSS.18.

2. MANCOVA- ANCOVA

Deux analyses ont été effectuées. La première porte sur les variables dispositionnelles, la seconde sur les variables transactionnelles. Concernant la première analyse (MANCOVA), les variables indépendantes sont les groupes (trajectoires) et le type de cancer, les variables dépendantes sont les distributions des scores obtenus à la LOT, et aux facettes anxiété et dépression du NEOPI. L'âge et le genre ont été placés en covariables. Pour la seconde analyse (ANCOVA), la variable indépendante est « les groupes » (trajectoires), les variables dépendantes sont les distributions des scores obtenus à la CLCS, au SSQ, au QRI et à la MAC. Le type de cancer, l'âge et le genre ont été placés en covariables.

L'égalité des variances (test de Levene) a été vérifiée sur chacun des modèles.

2.1. Analyse de co-variance multivariée portant sur les variables dispositionnelles, les groupes et le type de cancer

2.1.1. Optimisme (LOT)

Concernant les effets simples, on remarque un effet du groupe (D (3,214) = 5,93 ; $p < 0,005$, $\eta^2 = 0,077$), sachant que la différence (test post-hoc de Bonferroni) se situe au niveau du groupe 4 (M = 18,57 ; ET = 3,45) dont le score est plus élevé que ceux des groupe 1 (M = 12,61, ET = 6,09), 2 (M = 8,89, ET = 3,97) et 3 (M = 8,53 ; ET = 3,92).

Il existe un effet d'interaction, entre les groupes et le type de cancer (D (3,214) = 8,29; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,104$). Les personnes du groupe 1, celles qui sont atteintes de cancer primitif ont des scores moyens à la LOT (M=17,5 ; ET =3,04) supérieurs à celles des personnes en récidive (M=8,67 ; ET = 4,01), de même pour celles du groupe 2 (respectivement $M_{néo}$ = 13,0 et M_{rec} = 7,87 ; ET = 3,83), celles du groupe 3 ($M_{néo}$ = 9,0 et M_{rec} = 8,5 ; ET = 3,87) et celles du groupe 4 ($M_{néo}$ = 20,00 ; ET = 4,08 et M_{rec} = 16,0) mais ce résultat est à prendre avec précaution compte-tenu de la répartition des effectifs (Groupe 1 : $N_{néo}$=66 ; N_{rec} =3 – Groupe 2 : $N_{néo}$ =1 ; N_{rec}=8 – Groupe 3 : $N_{néo}$ =1 ; N_{rec} =4 – Groupe4 : $N_{néo}$ =4 ; N_{rec} =1).

Autrement dit, un score élevé obtenu à la LOT signifiant un faible optimisme (pessismisme), les patients du groupe 4 (chroniques) seraient en moyenne plus pessimistes que les patients des trois autres groupes. De plus, quel que soit le groupe auquel ils appartiennent, les patients présentant un cancer primitif seraient plus pessimistes que les patients confrontés à une récidive cancéreuse.

2.1.2. Trait d'anxiété (NEOPI)

Il existe un effet simple du groupe (D (3,214) = 14,25 ; $p < 0,005$; $\eta^2 = 0,166$). Les différences se situent au niveau des groupes 1 (M = 17,85 ; ET = 5,01) en comparaison des groupes 2 (M = 23,31 ; ET = 5,08), 3 (M = 24,83 ; ET = 4,76) et 4 (M = 24,71 ; ET= 5,89).

Autrement dit, les patients du groupe 1 (résilients) auraient en moyenne un score moins élevé de la facette anxiété du névrosisme que les patients des trois autres groupes.

2.1.3. Trait de dépression (NEOPI)

Il existe également un effet du groupe (D (3,214) = 4,306 ; p < 0,005 ; $\eta^2 = 0,057$). Les différences se situent au niveau des groupes 1 (M = 17,37; ET = 4,79), 2(M = 19,91; ET = 5,02), 3 (M = 21,83 ; ET = 5,98) et 4 (M = 24,86 ; ET = 7,24).

Autrement dit, les patients du groupe 4 (chroniques) ont en moyenne un score plus élevé de la facette dépression du névrosisme que les patients des trois autres groupes.

2.1.4. Récapitulatif du modèle

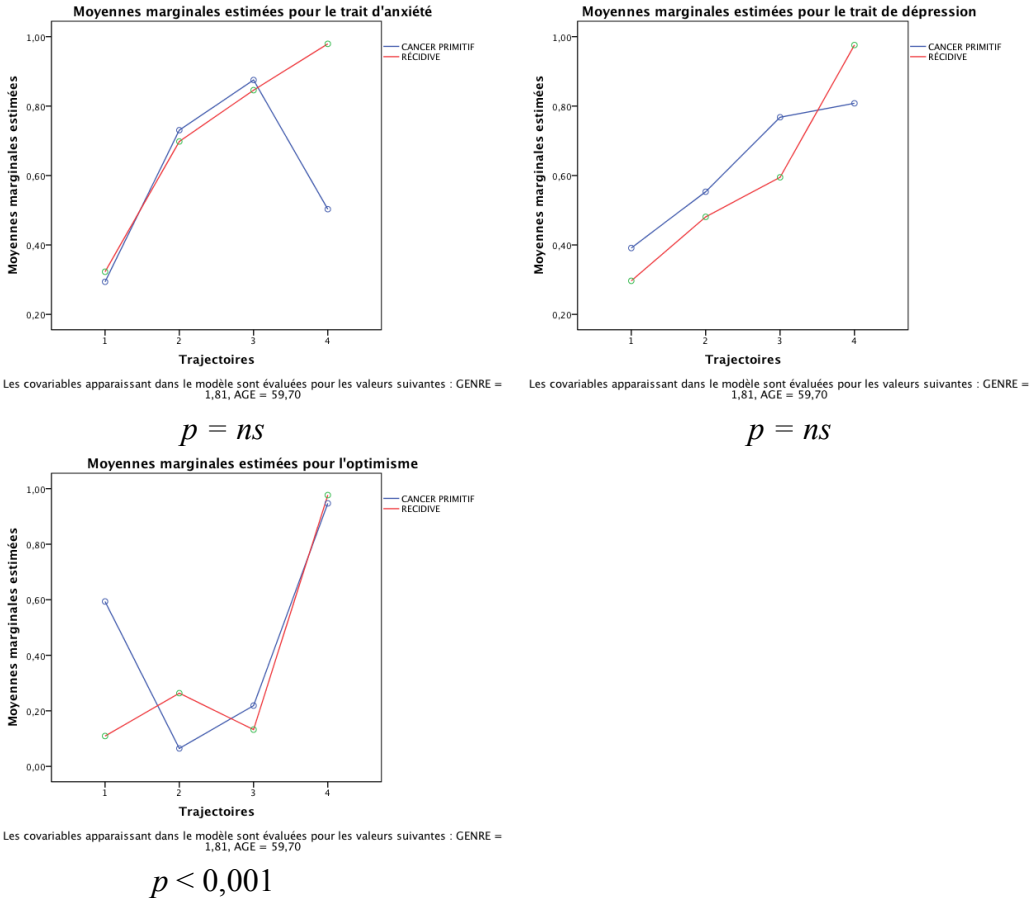
Il n'y a pas d'effet d'interaction significatif avec les covariables (trace de Pillai : D (15,612) = 1,377 ; *ns*). Une ANOVA effectuée sur la covariable « âge », indique qu'il n'y a pas d'effet ni du groupe ni du type de cancer. Et une régression logistique multinomiale indique qu'il n'y a pas d'effet ni du groupe ni du type de cancer sur le genre. Bien qu'il existe un effet simple du genre (D (1,214) = 4,49 ; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,021$) sur l'optimisme.

Cependant, le modèle explique 49% de la variance ($R_{aj}^2 = 0,490$) et cet effet simple ne participe à l'explication de la variance que pour une faible part ($\Delta R^2 = 0,021$).

L'ensemble de ce résultat est résumé dans le Tableau 23 et sur la Figure 19.

Tableau 23 : *Résultats des MANCOVA portant sur les variables dispositionnelles.*

Modèle	D	Erreur/ddl	*p*	η^2	Puissance observée
Genre		1, 214			
Anxiété	0,679		*ns*	0,003	0,146
Dépression	2,222		*ns*	0,010	0,300
Optimisme	4,496		< 0,05	0,021	0,595
Age		1,214			
Anxiété	0,441		*ns*	0,002	0,101
Dépression	0,001		*ns*	0,000	0,050
Optimisme	0,850		*ns*	0,004	0,151
Groupes		3,214			
Anxiété	14,17		< 0,001	0,166	1,000
Dépression	4,31		< 0,005	0,057	0,862
Optimisme	5,99		< 0,001	0,077	0,955
Types de cancer		1,214			
Anxiété	0,648		*ns*	0,003	0,126
Dépression	0,084		*ns*	0,000	0,060
Optimisme	0,470		*ns*	0,002	0,105
Groupes*types de cancer		3,214			
Anxiété	0,371		*ns*	0,005	0,122
Dépression	0,142		*ns*	0,002	0,076
Optimisme	7,999		<0,001	0,101	0,990



p = ns

p = ns

p < 0,001

Figure 19 : Effets d'interaction entre les trajectoires, le type de cancer et les traits d'anxiété et de dépression et l'optimisme.

2.2. Analyse de co-variance portant sur les variables transactionnelles et les groupes (trajectoires)

2.2.1. Contrôle perçu (CLCS)

Il n'existe aucun effet de groupes que ce soit pour le contrôle de l'évolution de la maladie (D(3,207) = 0,153 ; *ns*) l'attribution causale (D(3, 207) = 0,914 ; *ns*) ou le contrôle religieux (D(3,207) = 2,088 ; *ns*).

2.2.2. *Soutien social perçu (SSQ)*

S'il n'existe aucun effet de groupes sur la disponibilité perçue du soutien social (D(3,207) = 10,919 ; *ns*), il en existe un concernant la satisfaction vis-à-vis du soutien social perçu (D(3, 207) = 3,32 ; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,046$). La différence (Bonferroni) se situe entre le groupe 4 (M = 29,00 ; ET = 5,65) et les groupes 1 (M = 33,35 ; ET = 3,68), 2 (M = 32,58 ; ET = 3,88) et 3 (M = 32,37 ; ET = 4,00).

Autrement dit, les patients du groupe 4 (chroniques) sont en moyenne moins satisfaits du soutien social qu'ils perçoivent que les patients des trois autres groupes.

2.2.3. *Qualité de la relation (QRI)*

Il n'existe pas d'effet de groupes concernant la disponibilité du soutien (D(3,207) =1,616 ; *ns*) ou la dimension conflit (D(3,207) = 0,937 ; *ns*) mais il en existe un concernant la profondeur de la relation (D(3,207) = 8,91 ; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,114$). Les différences (Bonferroni) se situent aux niveaux des groupes 2 (M = 11,27 ; ET = 1,85), 3 (M = 11,11 ; ET = 2,04) et 1 (M = 15,64 ; ET = 5,16), 4 (M = 14, 01 ; ET = 3,60).

Autrement dit, les patients du groupe 2 et 3 (différés et récupérants) perçoivent en moyenne davantage de profondeur de la relation que les patients des groupes 1 (résilients) et 4 (chroniques).

2.2.4. *Stratégies de coping (MAC)*

Les effets des groupes sont présents sur trois des cinq stratégies de coping représentées : l'esprit combatif (D(3,207) = 6,174 ; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,082$), l'impuissance-désespoir (D(3,207) = 19,58; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,221$) et les préoccupations anxieuses (D(3,207) = 16,936 ; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,197$).

Concernant l'esprit combatif, on retrouve des différences (Bonferroni) entre le groupe 4 (M = 37,40; ET = 0,37) et les trois autres groupes (respectivement M_{G1} = 46,61 ; ET = 6,01 - M_{G2} = 45,06 ; ET = 5,89 – M_{G3} = 42,52 ; ET = 7,33).

Les différences (Bonferroni) pour l'impuissance-désespoir se situent entre les groupes 1 (M = 14,75 ; ET = 4,48), 2 (M = 15,75 ; ET = 3,44) et les groupes 3 (M = 21,07 ; ET = 6,73), 4 (M = 25,60 ; ET = 11,28).

Enfin, pour les préoccupations anxieuses, les différences (Bonferroni) se situent entre les groupes 1(M = 21,64 ; ET = 6,35), 2 (M = 24,98 ; ET = 6,34) et 3 (M = 28,93 ; ET = 8,35), 4 (M = 34,60 ; ET =11,12).

En revanche, les effets concernant l'évitement (D(3,207) = 1,157 ; *ns)* et la dénégation D(3,207) = 1,115 ; *ns)* ne sont pas significatifs.

Autrement dit, les patients du groupe 4 (chroniques) adoptent en moyenne davantage de stratégies de coping « esprit combatif » que les patients des trois autres groupes. Les patients du groupe 1 (résilients) et du groupe 2 (différés) adoptent en moyenne moins de stratégies de coping « impuissance-désespoir » que les patients des groupes 3 (récupérants) et 4 (chroniques). Enfin, les patients des groupes 1 (résilients) et 2 (différés) adoptent en moyenne moins de stratégies de coping « préoccupations anxieuses » que les patients des groupes 3 (récupérants) et 4 (chroniques).

2.2.5. Récapitulatif du modèle

Il existe un effet d'interaction significatif avec les covariables (trace de Pillai : D (52,784) = 1,923 ; $p < 0,001$). Cependant, une ANOVA effectuée sur la covariable « âge », indique qu'il n'y a pas d'effet du groupe. Et deux régressions logistiques multinomiales indiquent qu'il n'y a pas d'effet du groupe ni sur le genre ni sur le type de cancer.

Il existe plusieurs effets du genre : sur la satisfaction vis-à-vis du soutien social perçu (D(1, 207) = 4,67 ; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,022$), sur le contrôle de l'évolution de la maladie (D(1, 207) = 8,55 ; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,040$), sur la profondeur de la relation (D(1, 207) = 16,25 ; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,073$), sur l'esprit combatif (D(1, 207) = 4,252 ; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,020$), et sur les préoccupations anxieuses (D(1, 207) = 4,91 ; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,023$). Les femmes ont des scores moyens de satisfaction vis-à-vis du soutien social perçu (M=32,41 ; ET = 4,26) plus faibles que ceux des hommes (M= 34,31 ; ET = 2,60), elles font en moyenne moins d'attributions causales (M_{femmes}=18,53 ; ET = 3,66 et M_{hommes} = 20,09 ; ET = 3,03), leurs scores d'esprit combatif sont en moyenne plus faibles (M_{femmes}=45,00 ; ET = 7,12 et M_{hommes}

= 46,77 ; ET = 4,30). En revanche, elles perçoivent en moyenne davantage la profondeur de la relation (M_{femmes} = 15,59 ; ET = 5,00 et M_{hommes} = 10,86 ; ET = 1,7) et ont en moyenne davantage de préoccupations anxieuses (M_{femmes} = 24,54 ; ET = 7,32 et M_{hommes} = 21,11; ET = 6,00).

On retrouve également des effets de l'âge sur l'attribution causale (D(1, 207) = 4,217 ; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,020$), et sur la perception de la disponibilité du soutien, QRI (D(1, 207) = 4,00 ; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,019$). On retrouve une corrélation négative (r= -0,144) mais non significative entre l'âge et les attributions causales.

Enfin, il existe un effet du type de cancer sur la profondeur de la relation (D(1, 207) = 21,67 ; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,095$). Les personnes atteintes de cancer primitif ayant des scores moyens plus élevés (respectivement : M_{G1} = 20,02 ; ET = 3,05 – M_{G2} = 10,00 – M_{G3} = 13,00 – M_{G4} = 14,00) que celles atteintes de cancer récidivant (M_{G1} = 12,00 ; ET =1 – M_{G2} =11,00, ET = 0,5 – M_{G3} = 6,00 –M_{G4} = 9,00) mais ce résultat est à prendre avec précaution en raison de la répartition des effectifs (Groupe 1 : $N_{néo}$ = 65, N_{rec} =3 – Groupe 2 : $N_{néo}$ =1, Nrec =9 – Groupe 3 : $N_{néo}$ =1, N_{rec} =1 – Groupe 4 $N_{néo}$ =3, N_{rec} =1)

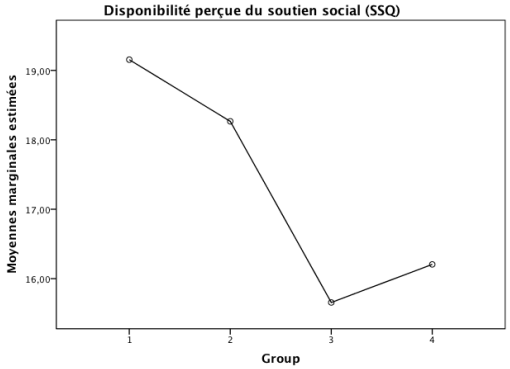
Cependant, le modèle explique 53,8% de la variance (R_{aj}^2 = 0,538) mais les covariables participent pour une part importante à l'explication de la variance (ΔR^2 = 4,6).

Les résultats sont résumés dans le Tableau 24 et la *Figure 20*.

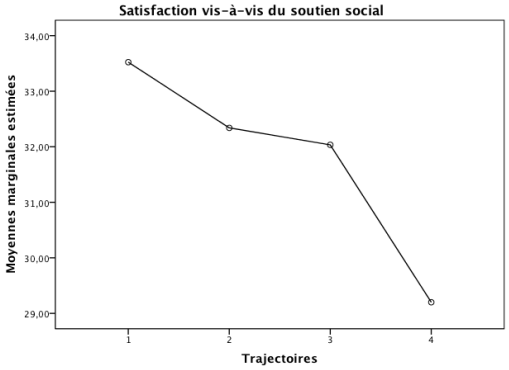
Tableau 24 : *Résultats des ANCOVA portant sur les variables transactionnelles.*

Modèle	D	Erreur/ddl	*p*	η^2	Puissance observée
Genre		1, 207			
CLCS : Contrôle évolution de la maladie	8,551		< 0,005	0,040	0,829
CLCS : Attributions causales	0,758		*ns*	0,004	0,140
CLCS : Contrôle religieux	1,656		*ns*	0,008	0,249
SSQ : disponibilité	0,259		*ns*	0,001	0,080
SSQ : satisfaction	4,677		< 0,05	0,022	0,576
QRI : disponibilité	1,926		*ns*	0,009	0,282
QRI : Profondeur de la relation	16,254		< 0,001	0,073	0,980
QRI : Perception du conflit	0,302		*ns*	0,001	0,085
MAC : esprit combatif	4,252		< 0,05	0,020	0,537
MAC : impuissance-désespoir	2,813		*ns*	0,013	0,386
MAC : préoccupations anxieuses	4,919		< 0,05	0,023	0,598
MAC : évitement	0,273		*ns*	0,001	0,082
MAC : dénégation	0,000		*ns*	0,000	0,050

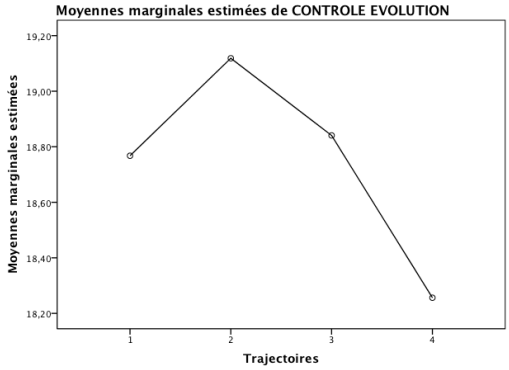
Age		1,207			
CLCS : Contrôle évolution de la maladie	1,710		*ns*	0,008	0,256
CLCS : Attributions causales	4,217		p < 0,05	0,020	0,534
CLCS : Contrôle religieux	1,732		*ns*	0,008	0,258
SSQ : disponibilité	3,219		*ns*	0,015	0,431
SSQ : satisfaction	0,775		*ns*	0,004	0,142
QRI : disponibilité	4,007		< 0,05	0,019	0,513
QRI : Profondeur de la relation	0,196		*ns*	0,001	0,072
QRI : Perception du conflit	1,038		*ns*	0,005	0,174
MAC : esprit combatif	0,701		*ns*	0,003	0,133
MAC : impuissance-désespoir	0,369		*ns*	0,002	0,093
MAC : préoccupations anxieuses	1,466		*ns*	0,007	0,226
MAC : évitement	0,121		*ns*	0,001	0,064
MAC : dénégation	0,078		*ns*	0,000	0,059
Types de cancer		3,214			
CLCS : Contrôle évolution de la maladie	0,018		ns	0,000	0,052
CLCS : Attributions causales	3,653		= 0,06	0,017	0,477
CLCS : Contrôle religieux	1,796		ns	0,009	0,266
					0,080
SSQ : disponibilité	2,242		ns	0,011	0,320
SSQ : satisfaction	2,084		ns	0,010	0,301
QRI : disponibilité	0,664		ns	0,003	0,128
QRI : Profondeur de la relation	21,673		< 0,001	0,095	0,996
QRI : Perception du conflit	0,326		ns	0,002	0,088
MAC : esprit combatif	0,080		ns	0,000	0,059
MAC : impuissance-désespoir	0,865		ns	0,004	0,152
MAC : préoccupations anxieuses	3,667		= 0,057	0,017	0,479
MAC : évitement	3,011		ns	0,014	0,408
MAC : dénégation	0,185		ns	0,001	0,071
Groupes		1,214			
CLCS : Contrôle évolution de la maladie	0,153		*ns*	0,002	0,078
CLCS : Attributions causales	0,914		*ns*	0,013	0,249
CLCS : Contrôle religieux	2,088		*ns*	0,029	0,529
SSQ : disponibilité	0,919		*ns*	0,013	0,250
SSQ : satisfaction	3,321		<0,05	0,046	0,751
QRI : disponibilité	1,616		*ns*	0,023	0,421
QRI : Profondeur de la relation	8,911		< 0,001	0,114	0,995
QRI : Perception du conflit	0,927		*ns*		0,255
MAC : esprit combatif	6,174		< 0,001	0,082	0,961
MAC : impuissance-désespoir	19,588		< 0,001	0,221	1,000
MAC : préoccupations anxieuses	16,936		< 0,001	0,197	1,000
MAC : évitement	1,157		*ns*	0,016	0,309
MAC : dénégation	1,115		*ns*	0,016	0,298



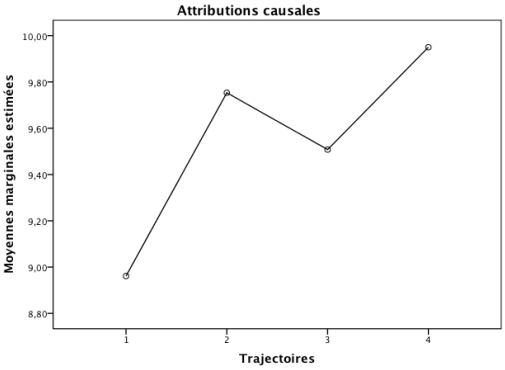
ns



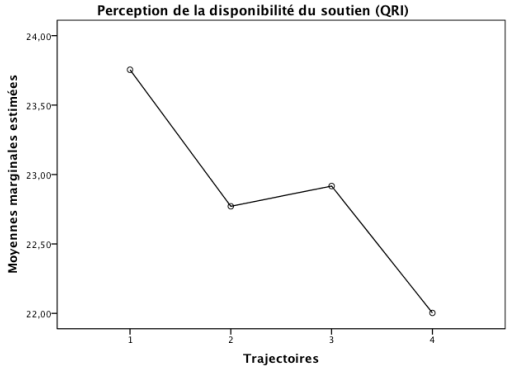
$p < 0,05$



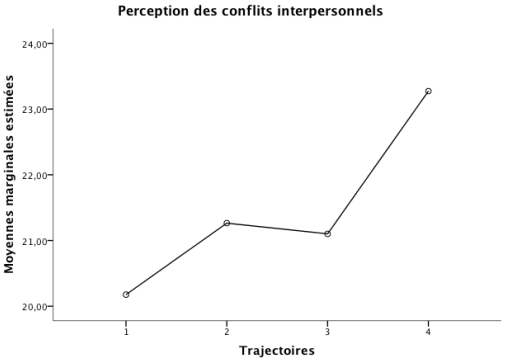
ns



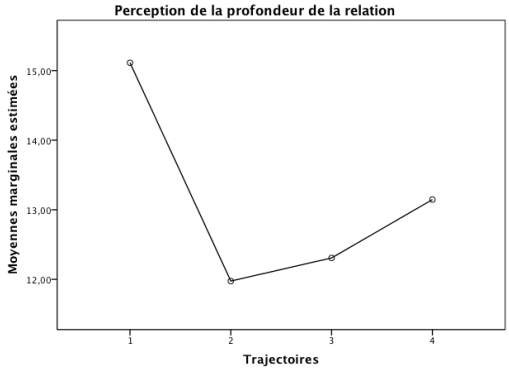
ns



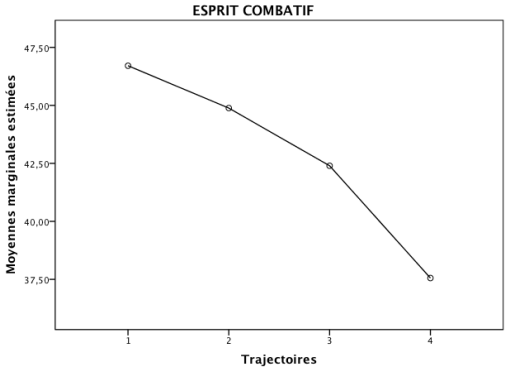
ns



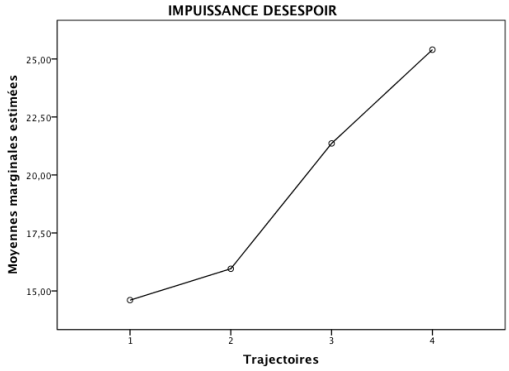
ns



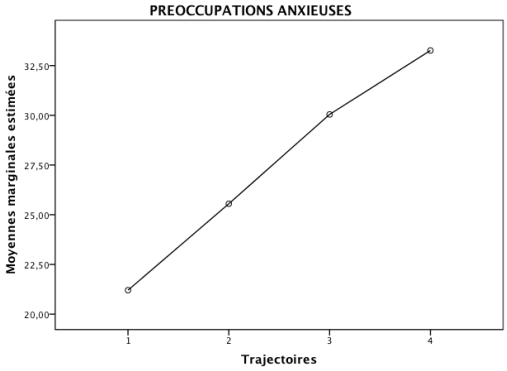
$p < 0{,}001$



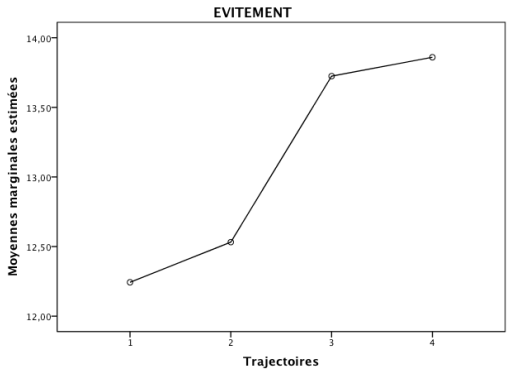
$p < 0{,}001$



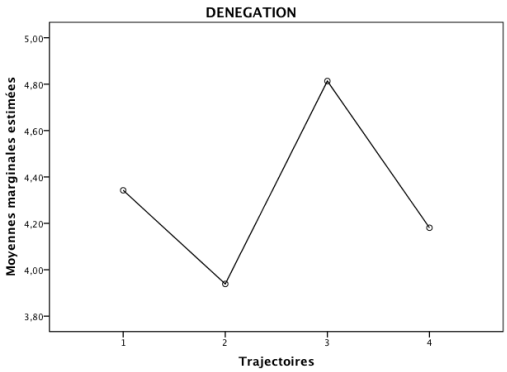
$p < 0{,}001$



$p < 0{,}001$



ns



ns

Figure 20 : Effets du groupe sur les variables transactionnelles.

PARTIE IV : DISCUSSION

Le cœur de cette recherche s'articule autour de la notion de détresse émotionnelle, celle de ces patients à qui l'on annonce un cancer primitif ou récidivant. Cette détresse, souvent entendue sous l'angle de l'anxiété, de la dépression, de l'angoisse, est inhérente au parcours du patient. Elle peut être dynamique, elle peut aussi se figer, elle peut se rejouer, s'inscrivant dans un continuum, dans ses épreuves de la maladie, dès l'annonce du cancer. Cette étude avait deux objectifs fondamentaux :

(1) identifier différentes trajectoires de détresse de patients présentant un cancer

(2) identifier et étudier les déterminants de ces trajectoires de détresse émotionnelle de patients de l'annonce d'un cancer primitif ou d'une récidive et durant les neuf mois de traitement qui suivent

La discussion des résultats de cette recherche va se décliner en deux parties :

- une première partie se penchera sur l'analyse des résultats, précisant également les limites de l'étude ainsi que quelques remarques d'ordre éthique.
- une seconde partie se veut d'ouvrir sur des perspectives de recherches que cette étude permet d'envisager, sur le concept de détresse émotionnelle en cancérologie, tant sur un plan conceptuel et qu'évaluatif.

DISCUSSION SUR LES RESULTATS DE L'ETUDE DES TRAJECTOIRES DE DETRESSE

1. Quatre trajectoires de détresse émotionnelle

Les résultats de cette étude montrent qu'il existe effectivement des modèles distincts de trajectoire de détresse émotionnelle, de l'annonce du diagnostic de cancer primitif ou récidivant jusque dans les neuf mois qui suivent. Ainsi, en regard des sous-scores (anxiété et dépression) et du score total de détresse émotionnelle, quatre trajectoires ont bien été identifiées :

- Un premier groupe de patients (34.62% pour le sous-score de dépression, 20.67% pour le sous-score d'anxiété et 40.01% pour le score total de détresse émotionnelle) dits « résilients » ou groupe 1, paraît ne pas éprouver de détresse émotionnelle de l'annonce jusqu'au-delà des traitements par chimiothérapie. Ces patients présentent des niveaux de

détresse émotionnelle, d'anxiété et de dépression initiaux bas qui se maintiennent durant les neuf mois qui suivent l'annonce.

- Un deuxième groupe de patients (45.53% pour le sous-score de dépression, 44.6% pour le sous-score d'anxiété et 37.63% pour le score total de détresse émotionnelle) dits « différés » ou groupe 2, éprouverait un niveau de détresse inférieur aux seuils[12] recommandés par Zigmond & Snaith (1983). Ainsi, le niveau d'anxiété de ce groupe 2 est bas et stable dans le temps. Néanmoins, les niveaux de dépression et de détresse émotionnelle, quant à eux, tendent à augmenter légèrement et de façon linéaire durant les trois premiers mois et restent stables et inférieurs aux seuils au-delà.

- Un troisième groupe de patients (17.4% pour le sous-score de dépression, 29.47% pour le sous-score d'anxiété et 19.58% pour le score total de détresse émotionnelle) dits « récupérants » ou groupe 3, présenteraient un niveau de détresse supérieur aux seuils[12] recommandés par Zigmond & Snaith (1983). Ainsi, le niveau d'anxiété de ce groupe 3 est au-dessus du seuil de 8 qui stipule l'existence d'une anxiété significative et demeure stable dans le temps. Néanmoins, les niveaux de dépression et de détresse émotionnelle, quant à eux, se situent au niveau de la valeur-seuil (8 pour la dépression et 16 pour la détresse) et tendent à augmenter légèrement et de façon linéaire durant les trois premiers mois et restent stables au-delà.

Un quatrième groupe de patients (2.47% pour le sous-score de dépression, 5.24% pour le sous-score d'anxiété et 2.77% pour le score total de détresse émotionnelle) dits « chroniques » ou groupe 4, qui paraît éprouver une importante détresse émotionnelle qui se maintient, de l'annonce du diagnostic jusqu'au-delà des traitements par chimiothérapie.

Même si nos résultats distinguent quatre trajectoires, ces dernières ne s'avèrent pas être les quatre mêmes retrouvées par Bonanno et al. (2004), Deshields et al. (2006), Gallagher et al, 2002, Helgeson et al. (2004) ou encore Henselmans et al. (2010). En effet, les trajectoires « résiliente » et « chronique » sont bien identifiées, les deux autres (celles des groupes 2 et 3) sont différentes.

[12] A savoir 8 pour chaque sous-échelle (anxiété et dépression) et 16 pour l'échelle totale de détresse émotionnelle

1.1. Les deux trajectoires « classiquement » retrouvées

1.1.1. Trajectoire « résiliente »

Les résultats de cette étude (pourcentage de patients et allure de la trajectoire) vont dans le sens des résultats des études de Deshields et al. (2006), de Gallagher et al. (2002), Helgeson et al. (2004) ou encore Henselmans et al. (2010) qui ont décrit la même trajectoire de détresse que Bonanno et al. (2004) ont appelé « résiliente ».

Ces résultats confirment les affirmations de Bonanno et al. (2004) pour lesquels, la résilience est une réponse à la perte ou au traumatisme, en particulier ici, à l'expérience du cancer. Il définit la résilience chez les adultes confrontés à des événements de vie stressants, isolés et potentiellement très perturbateurs, comme leur capacité à maintenir des niveaux de fonctionnements psychologique et physique relativement stables et sains ainsi que leur capacité à vivre des expériences et des émotions positives reconstructrices. Ces résultats sont également compatibles avec les conclusions de Helgeson et al. (2004) qui montrent que de nombreuses patientes atteintes de cancer du sein ont des niveaux constamment bas de détresse émotionnelle dans l'année qui suit l'annonce du cancer. Cette trajectoire de patients « résilients » soutient l'idée selon laquelle, tous les patients confrontés à l'annonce du cancer et ses traitements, ne présenteraient pas une détresse émotionnelle importante (Coyne, et al., 2004 ; Hinnen et al, 2008 ; Van't Spijker et al., 1997).

Tout se passe comme si les patients de cette trajectoire n'étaient pas davantage perturbés par l'annonce que par les traitements (six mois en moyenne donc de T0 à T2), par la fin des traitements (T2 à T3). Cela ne signifie pas que les patients ne soient pas « ébranlés » ou stressés par cette période demandant une nécessaire adaptation physique et psychique, mais ils intègreraient les angoisses et éléments dépressifs engendrés dans un vécu général qui ne dénoteraient pas d'une augmentation du niveau de détresse. En tant que clinicien, on est en effet interpelé par la capacité qu'ont de nombreux patients à se confronter à l'événement cancer et à ses conséquences, de manière plutôt structurée, parvenant à transformer ce vécu en une (re)construction personnelle, reformulant leurs repères vitaux, son rapport au monde et pour certains d'entre eux, en se « réconciliant avec eux-mêmes ».

Le concept de « résilience », popularisé par Boris Cyrulnik (Cyrulnik, 1999) depuis une trentaine d'années semble alors prendre toute sa place ici. « Résilient », qui vient du latin « *resilio* », littéralement « sauter en arrière », « rebondir, résister » est apparu dans la langue

anglaise et a intégré le champ de la psychologie dans les années 1960, avec Emmy Werner[13]. Psychologue américaine ayant suivi au long cours une cohorte d'enfants sans famille ni accès à l'éducation et vivant en situation de grande précarité; elle a mis en évidence les capacités adaptatives d'environ un tiers d'entre eux puisque ces sujets revus trente ans plus tard savaient lire et écrire, avaient appris un métier, fondé un foyer. À l'origine, ce terme de « résilience » apparaît dans d'autres disciplines, comme en métallurgie où il désigne une qualité des matériaux qui tient à la fois de l'élasticité et de la fragilité, et qui se manifeste par leur capacité à retrouver leur état initial à la suite d'un choc ou d'une pression continue. Pour l'informaticien, il s'agit de cette qualité d'un système qui lui permet de continuer à fonctionner correctement en dépit de défauts d'un ou de plusieurs éléments constitutifs. L'anglais utilise le terme « *system resiliency* », que l'on rend, selon le contexte, par tolérance aux failles, tolérance aux anomalies, insensibilité aux défaillances. Pour l'écologiste, la résilience exprime, d'une part la capacité de récupération ou de régénération d'un organisme ou d'une population, et d'autre part, l'aptitude d'un écosystème à se remettre plus ou moins vite d'une perturbation comme la reconstitution d'une forêt après un incendie, par exemple. Pour les pisciculteurs, la résilience exprime une idée voisine, celle de la résistance naturelle d'une race de poissons en fonction de sa fécondité.

Toute personne vivant un événement traumatique ou du moins fortement douloureux (maladie, deuil, catastrophe naturelle, difficultés de toutes sortes) en subit classiquement les conséquences psychologiques néfastes, telles qu'une perte de l'estime de soi, des pensées intrusives sur l'événement ou la situation, un ressenti de tristesse… (Tedeschi & Calhoun, 2004). Historiquement, les chercheurs se sont donc, logiquement et en premier lieu, intéressés à ces conséquences néfastes puis, également, à ces parcours singuliers de patients en développant le concept de « *Post-Traumatic Growth* » ou « développement post-

[13] Détentrice d'un doctorat en psychologie de l'enfance de l'Université du Nébraska, l'américaine Emmy Werner a entrepris, en 1954, une étude longitudinale portant sur une cohorte de 698 enfants, appartenant à des groupes ethniques variés, provenant majoritairement de milieux défavorisés et habitant l'Île de Kauai, une des îles de l'Archipel d'Hawaï. Elle va poursuivre cette enquête pendant plus de quarante ans, ce qui va lui permettre d'observer de première main l'évolution des membres de cette cohorte, de la naissance à l'âge adulte. Son champ d'intérêt qui, au départ, portait sur les jeunes ayant un handicap (physique ou mental) ou manifestant un comportement antisocial, changea graduellement après qu'elle eût fait ces deux constats : 1) la plupart des jeunes membres de la cohorte étaient compétents à solutionner leurs problèmes ; 2) un pourcentage élevé de jeunes sortaient indemnes d'expériences de vie particulièrement difficiles et développaient des personnalités saines et stables. Werner va donc réorienter son étude vers les membres de sa cohorte qui, après avoir été confrontés à des situations difficiles au cours de leur enfance ou de leur adolescence, vont être en mesure de surmonter leurs obstacles et de se développer harmonieusement à l'âge adulte. Ceci l'amènera à chercher à comprendre les fondements de cette résilience, à identifier et à décrire les caractéristiques communes, ou facteurs de résilience, qu'elle retrouve chez les êtres résilients de la cohorte, et ainsi à jeter les premiers jalons du concept de résilience en identifiant les facteurs de résilience.

traumatique ». Le développement post-traumatique fait état de ce changement positif de perspectives amené par la maladie (Carvers, & Antoni, 2004 ; Silva, Moreira, Paredes, Pinto & Canavarro, 2008 ; Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004). Le cadre dans lequel Calhoun et Tedeschi introduisent leur conception du développement post-traumatique demeure une possibilité seulement, et n'exclut en rien la détresse associée à un événement qui reste indésirable malgré tout. Dès les années 1990, Andrykowski a proposé d'évaluer systématiquement les différents types de changements, négatifs mais aussi positifs, susceptibles de survenir en post-traitement d'un cancer du sein (Andrykowski et al., 1996). Ses travaux soutiennent l'hypothèse du cancer comme un événement transitionnel susceptible de modifier les bases fondamentales de la vie du sujet et d'entraîner des effets en profondeur, positifs et négatifs (Andrykowski, Lykins & Floyd, 2008). Dans une étude récente, Morrill et al. (2008) évaluent l'impact du sentiment de développement personnel post-traumatique sur les symptômes de stress post-traumatique ainsi que sur la dépression et la qualité de vie. Ils aboutissent à l'hypothèse selon laquelle l'expérience du cancer, dès lors qu'elle est traversée comme un événement traumatique mais constructif, pourrait représenter un facteur de protection qui atténuerait l'intensité des symptômes dépressifs ou de l'atteinte de la qualité de vie à distance de la fin des traitements. Cette voie de recherche reste à approfondir.

1.1.2. Trajectoire « détresse chronique »

Cette trajectoire « chronique » est également retrouvée dans les études de Deshields et al, (2006), de Gallagher et al, (2002), Helgeson et al, (2004) ou encore Henselmans et al. (2010), que Bonanno et al. (2004) ont appelé « chronique ». Cependant, le pourcentage de patients de cette trajectoire est plus faible que celui retrouvé par ces auteurs qui avoisine les 12 à 15% en moyenne selon les études (Helgeson et al, 2004 ; Henselmans et al., 2010).

Tout se passe comme si les patients de cette trajectoire éprouvent une importante détresse tout le long de leur parcours de soins, celle-ci n'étant pas davantage élevée au moment de l'annonce que durant la période de traitements (six mois en moyenne donc de T0 à T2) ou encore en fin de traitements (T2 à T3). Cela ne veut pas dire que l'annonce, la chirurgie éventuelle, l'initiation des traitements… n'ont pas d'impact suffisant pour augmenter le niveau de détresse, mais ces patients étant déjà hautement perturbé, les échelles utilisées ne rendent pas compte de fluctuations plus importantes. Pour Bonanno & Mancini (2010), il semble établi qu'il existe un sous-ensemble de personnes, de petit effectif, qui, exposés à un événement hautement stressant, va développer des réactions pathologiques chroniques. Ils

émettent cependant une certaine réserve quant à la notion de « pathologique ». En effet, si nous acceptons que les valeurs-seuils (cut-off ou points de coupure ou de césure) sont dans une certaine mesure « arbitraires » (Davis, 1999 ; Robins, 1990), il est alors défendable d'adapter la frontière entre le normatif et le dysfonctionnement élevés sur la base d'une population d'individus exposés aux mêmes événements ou dangers. Dans ce cas, la « césure » reflèterait davantage les symptômes de détresse élevée et par rapport aux autres individus qui ont subi la même épreuve. Ainsi, désigner une limite, une valeur-seuil lors d'une élévation des symptômes sur une mesure continue ne sous-entend pas nécessairement une classification « taxométrique ». En d'autres termes, des scores supérieurs à un seuil désigné sur une échelle donnée peuvent être pensés comme de simples niveaux, chroniquement élevés de dysfonctionnement plutôt que conceptuellement, comme des syndromes cliniques distincts (Ruscio, Ruscio & Keane, 2002). Néanmoins, l'utilisation de valeurs-seuils ne nie pas l'existence ou la pertinence des syndromes cliniquement définis.

De plus, d'autres auteurs précisent qu'ils ignorent si les patients de cette trajectoire « chronique » font état de difficultés à s'adapter à l'annonce d'un cancer ou si leurs difficultés sont liées à des problèmes psychologiques antérieurs qui n'ont pas forcément de lien avec le cancer (Hinnen, Hagedoorn, Sanderman, & Ranchor, 2007 ; Ranchor et al, 2002).

Si notre étude montre bien l'existence des trajectoires dites « résiliente » et « chronique » « classiquement » trouvées, les deux autres trajectoires s'en distinguent. Pour ces deux groupes (groupe 2 et 3), tout se passe comme si le niveau de détresse de départ était maintenu presque au même niveau de départ de l'annonce du cancer primitif ou récidivant jusqu'au-delà de la période de traitements.

1.2. Les deux autres trajectoires

Les deux trajectoires « récupérante » et « détresse différée » ne sont pas strictement les mêmes selon les études. En effet, communément, ces deux trajectoires partent d'un niveau de détresse initial approchant et présentent par la suite une allure différente dans le temps. Cependant, une vigilance s'impose car l'intervalle d'étude varie selon les auteurs. Les études de Bonanno et al. (2004, 2010) portent toujours sur un intervalle de deux ans. Les études de Deshields et al. (2006), Gallagher et al., (2002) et de Henselmans et al. (2010), quant à elles, portent les six mois qui suivent le diagnostic de cancer mammaire. Hegelson et al. (2004) ont

suivi leurs patientes de quatre à cinquante-cinq mois (soit quatre ans environ) après le diagnostic de cancer du sein.

1.2.1. Trajectoire « récupérante »

Même si le pourcentage de patients décrits dans cette trajectoire s'apparente à ceux des études précitées (Deshields et al., 2006 ; Gallagher et al., 2002 ; Helgeson et al., 2004 ; Henselmans et al., 2010), la trajectoire, quant à elle, n'est pas retrouvée sous cette forme par les précédentes recherches. Elle s'approcherait cependant de celle de Henselmans et al. (2010) dans le sens où le niveau de détresse émotionnelle augmente durant les trois premiers mois qui suivent l'annonce du diagnostic. Par la suite, le niveau se stabiliserait, tout en restant supérieur à la valeur-seuil du niveau de détresse émotionnelle. Néanmoins, nous nous attendions à ce que le niveau de détresse diminue à partir de six mois environ (dans l'intervalle T2-T3) mais il n'en est rien ici.

Une hypothèse pouvant expliquer le fait que ces patients aient un score de détresse qui augmente durant les trois premiers mois peut se poser en regard de l'annonce du diagnostic et de l'entrée dans les soins. En effet, le patient est confronté tout d'abord à l'annonce de la maladie cancéreuse primitive ou récidivante. Après une période d'« attentes » (des résultats de biopsie, d'analyse, d'imagerie…) générant souvent beaucoup d'angoisses, le diagnostic est posé et le patient rencontre alors les spécialistes qui vont le suivre dans les mois qui suivent : le chirurgien, généralement, l'oncologue presque systématiquement dès lors qu'un traitement est associé. Le plan de traitement étant établi, le patient est confronté physiquement au cancer et notamment aux effets secondaires d'une éventuelle (et probable) chirurgie (Annexe 5) auxquels se rajoutent la plupart du temps, les effets secondaires de la chimiothérapie et autres traitements possiblement associés (Annexe 6 à Annexe 10). Cette période durant laquelle le patient rentre dans le monde médical et le système de soins est souvent source d'angoisses et de vécu déprimé car en lien avec un moment de rupture avec sa vie d'« avant l'annonce du cancer » : il se trouve dans une contrainte d'adaptation, tant physique que psychique, mais aussi sociale, matérielle et familiale. En effet, le cancer rentre dans la vie entière du patient et a des conséquences sur différentes sphères : professionnelle (souvent arrêt de travail), familiale (gérer les enfants ou les personnes (parents âgés par exemple) à charge, difficultés parfois à réaliser les tâches ménagères, intendance modifiée …), financière (perte possible de revenus…)… . Ainsi, le niveau de détresse qui augmente durant les trois premiers mois peut être en lien avec cette période particulière sources souvent d'anxiété et de vécu d'ordre

dépressif. Des études ont montré que les patients vivent difficilement ces périodes et anticipent même les effets secondaires des traitements ce qui participeraient d'une augmentation de leur niveau de détresse émotionnelle (Breen et al., 2009 ; Dalton et al., 2008 ; Halkett, Kristjanson & Lobb, 2008 ; Mose et al., 2001).

Pour Bonanno (2004), un individu « récupérant » présenterait un fonctionnement « normal », qui « cède » temporairement la place au seuil de psychopathologie (par exemple, symptômes de dépression ou de détresse), généralement pour une période d'au moins plusieurs mois, puis progressivement revient à des niveaux existant avant l'événement. Le rétablissement complet peut être relativement rapide ou peut prendre un peu plus de temps (un ou deux ans).

Cette trajectoire « récupérante » est souvent décrite comme la voie « classiquement » retrouvée qui décrit le parcours des patients durant l'année qui suit l'annonce d'un diagnostic de cancer et montrant l'amélioration des symptômes dans le temps, particulièrement après la fin des traitements (Cousson-Gélie, 1997 ; Frost et al., 2000 ; Hegelson etal., 2004 ; Henselmans et al., 2010 ; Le Corroller-Soriano et al., 2008 ; Stanton et al., 2002). Les patients retrouveraient un certain niveau de fonctionnement « normal », tant sur le plan psychique que sur le plan somatique. Cependant, nos résultats n'ont pas montré une diminution du niveau de détresse des patients de cette trajectoire au-delà des trois mois.

1.2.2. Trajectoire « détresse différée »

Même si le pourcentage de patients décrits dans cette trajectoire s'apparente à ceux des études précitées (Deshields et al., 2006 ; Gallagher et al., 2002 ; Helgeson et al., 2004 ; Henselmans et al., 2010), la trajectoire, quant à elle, n'est pas non plus celle retrouvée sous cette forme par les précédentes recherches. De même que la trajectoire « récupérante », elle s'approcherait de celle de Henselmans et al. (2010) dans le sens où le niveau de détresse émotionnelle augmente durant les trois premiers mois qui suivent l'annonce du diagnostic. Par la suite, le niveau se stabiliserait, tout en restant inférieur à la valeur-seuil. Cependant, nous nous attendions à ce que le niveau de détresse augmente à partir de six mois environ (dans l'intervalle T2-T3) mais les résultats de l'étude n'ont rien montré dans ce sens.

Comme pour les patients de la trajectoire de détresse « récupérante », une hypothèse pouvant expliquer le fait que les patients de la trajectoire « détresse différée » aient un score de détresse qui augmente durant les trois premiers mois peut se poser également sous l'angle de l'annonce du diagnostic et l'entrée dans les soins. Cependant, le niveau de détresse reste inférieur au seuil : tout se passerait comme si ces patients étaient donc perturbés, présentaient

des éléments dépressifs durant cette période d'adaptation mais sans qu'elle soit source d'une détresse trop déstabilisante pour eux. Ainsi, les patients « différés » et « récupérants » évolueraient de la même façon face à l'annonce et dans les trois mois qui suivent l'entrée dans les soins, en se distinguant sur un niveau de détresse plus ou moins significativement élevé.
Bonanno & Mancini (2010) mettent traditionnellement en lien ces réactions retardées à un stress extrême comme la conséquence d'une inhibition ou d'un refus de se confronter à la réalité. Dans le deuil, par exemple, il est largement admis que quand il y a une absence de signes manifestes de deuil, le chagrin apparaissant comme superficiel, « en surface » peut se révéler, par la suite, sous la forme de réactions au deuil « retardées » (Bonanno & Field, 2001 ;. Bonanno et al., 2002 ; Bowlby, 1980 ; Middleton, Burnett, Raphaël, & Martinek, 1996). En revanche, peu d'études ont étudié ce phénomène dans le cadre du stress post-traumatique ou de l'exposition à un événement de vie hautement stressant pour la personne (Bonanno, Rennicke, & Dekel, 2005; Buckley, Blanchard, & Hickling, 1996).

Certains auteurs émettent également l'idée que l'augmentation de détresse observée dans cette trajectoire viendrait signifier pour ces patients, la manifestation d'une peur de la récidive (Allen, Savadatti & Levy, 2009 ; Costanzo et al., 2007 ; Dunkel-Schetter et al., 1992 ; Kornblith & Ligibel, 2003 ; Simard & Savard, 2009), couplée parfois à des effets secondaires qui persistent dans le temps et qui peuvent être sources de manifestations d'éléments dépressifs (Costanzo et al., 2007), de se sentir « être un survivant du cancer » (Ganz, et al., 1998 ; Bower et al., 2000 ; Tomich & Hegelson, 2002 ; Yang, Thornton et al., 2008) et également de perdre un certain sentiment de sécurité que donne la structure médicale dans laquelle ils sont soignés. En effet, durant des mois, ces patients ont honoré leurs rendez-vous avec l'oncologue, ont suivi leur traitement, ont pu régulièrement rencontrer des professionnels de soins ce qui, dans cette période douloureuse et difficile à vivre, ont pu leur donner un sentiment de contenance, de soutien et de sécurité. Lorsque les traitements arrivent à leur fin, même s'ils expriment leur soulagement à l'idée de terminer ce parcours de soins difficile, certains patients le vivent sur le mode de l'« abandon », de la perte d'un sentiment de sécurité (Allen et al., 2009 ; Daune, 1995), avec l'enjeu pour eux-mêmes, de se confronter à nouveau à leur vie « autrement » qu'avant le cancer.

Nous pouvons également souligner, que certains auteurs ont pu mettre en évidence que le soutien social dont disposait les patients durant la période des traitements peut diminuer et engendrer aussi un vécu d'abandon (Den Ousten et al., 2010 ; Makabe & Nomizu, 2006 ;

Northouse et al., 1998) qui se manifesterait par des éléments dépressifs. Nous aborderons ce point par la suite.

Ainsi, pour les patients de cette trajectoire, tout se passe comme s'ils réagissaient dans « l'après-coup ». Cependant, nos résultats n'ont pas montré une augmentation du niveau de détresse des patients de cette trajectoire au-delà des trois mois.

2. Les déterminants des trajectoires

2.1. Variables dispositionnelles

Les résultats de notre étude indiquent que les patients de la trajectoire « résiliente » ont en moyenne un score moins élevé de la facette anxiété du névrosisme que les patients des autres groupes. Ces patients seraient donc de nature moins anxieuse que ceux des autres trajectoires. De plus, les patients de la trajectoire « chronique » sont en moyenne plus pessimistes que les patients des autres groupes et ont en moyenne un score plus élevé de la facette dépression du névrosisme que les patients des autres groupes.

Ces résultats sont trouvés également par Bonanno, Galea, Bucciarelli, & Vlahov (2007) ainsi que par Henselmans et al. (2010) qui ont montré que les patients de la trajectoire « chronique » avaient un névrosisme plus élevé que les patients de la trajectoire « récupérante ». Ils vont dans le sens des études qui ont montré que la détresse émotionnelle serait d'autant plus élevée que les patients présentent déjà une symptomatologie anxieuse ou dépressive en amont ou lors de la phase de diagnostic (Northouse et al, 1998 ; Millar et al., 2005 ; Zabora et al., 1997). La fatigue et les symptômes dépressifs, la personnalité, en particulier le névrosisme prédiraient les symptômes dépressifs un an après le traitement chirurgical (Den Ousten et al., 2009 ; Golden-Kreutz & Andersen, 2004. De plus, rappelons que d'autres auteurs précisent qu'ils ignorent si les patients de cette trajectoire « chronique » font état de difficultés à s'adapter à l'annonce d'un cancer ou si leurs difficultés sont liées à des problèmes psychologiques antérieurs qui n'ont pas forcément de lien avec le cancer (Hinnen et al., 2007 ; Ranchor et al, 2002). De plus, nous pouvons pointer une question d'ordre méthodologique qui est de mesurer un trait de personnalité juste après un événement hautement stressant et émettre l'hypothèse que si, par la suite, ces patients sont à nouveau évalués sur le plan de la personnalité, les scores soient différents et certainement plus approchants de la « réalité ». Néanmoins, l'évaluation de la personnalité en amont de la

recherche est également nécessaire voire indispensable et seule une étude de suivi d'une cohorte peut éviter ce type de biais, ce qui n'a malheureusement pas pu être possible dans le cadre de ce travail doctoral.

Par ailleurs, les résultats de notre étude indiquent que les patients de la trajectoire « chronique » sont en moyenne plus pessimistes que les patients des autres groupes et ont en moyenne un score plus élevé de la facette dépression du névrosisme que les patients des autres groupes. L'optimisme est reconnu comme salutogène pour la santé psychique, pour la plupart des auteurs (Carver et al., 2005, 2006 ; Perkins, et al., 2007). Nos résultats vont dans le sens des études de Carver et al. (2005) et de Lebel et al. (2008). En effet, Carver et al. (2005) ont pu montrer que l'optimisme initial prédit l'ajustement cinq ans plus tard. Une étude similaire montre que l'optimisme évalué à sept et onze mois du diagnostic, prédit moins de symptômes post-traumatiques d'évitement et d'intrusion six ans plus tard (Lebel et al., 2008). Hegelson et al. (2004) ont mis également en évidence que les ressources personnelles initiales des patients augurent des trajectoires de détresse différentes et qu'elles apparaissent comme un facteur prédictif de l'appartenance aux trajectoires de détresse, indépendamment du fonctionnement physique. Pour les auteurs, ces ressources personnelles peuvent avoir d'importants effets et notamment en affectant les ressources sociales dans le sens où ceux qui ont des ressources personnelles sont plus susceptibles d'avoir davantage de ressources sociales disponibles.

Quelle que soit la trajectoire dans laquelle ils s'inscrivent, les patients présentant un cancer primitif seraient plus pessimistes que les patients confrontés à une récidive cancéreuse. Les patients présentant une récidive cancéreuse seraient, quant à eux, plus anxieux que les patients représentant un cancer primitif. Ces résultats sont à prendre avec précaution compte tenu de la répartition (faible) des effectifs. En effet, au-delà des modalités de recrutement plus complexes (patients souvent avec une moins bonne qualité de vie, parfois l'altération de leur état général engendrant une hospitalisation, une suspension temporaire des traitements, une fatigue profonde, ….), ces derniers ont été plus nombreux aussi à devoir suspendre leur participation. De ce fait, nos résultats concernant la variable « type de cancer » (avoir un cancer primitif ou récidivant) sont à prendre avec précaution

Beaucoup de théories se rejoignent sur le fait que les attentes des gens déterminent leurs actions et comportements (Carver & Scheier, 2005 ; Friedman et al., 2006). Ainsi, dans des situations difficiles ou d'incertitudes, les optimistes sont théoriquement plus actifs pour tenter

de résoudre les problèmes, et persévérants dans leurs actions que les pessimistes (Carver & Scheier, 2005). Enfin, il existe bien-sûr un continuum entre les plus optimistes et les plus pessimistes, la population se distribuant normalement sur cette variable (Carver & Scheier, 2005).

Etre confronté pour la première fois à la maladie cancéreuse, c'est être confronté soi-même, pour la première fois, à des représentations sociales de cette maladie (Gros, 1994 ; Massé, 1995 ; Ménoret, 1999), mais aussi ses propres représentations et notamment celle de la gravité, celle des conséquences, celle des questionnements « vais-je vivre, vais-je mourir ? »…. (Eck-Sarradon, 2002 ; Good, 1998; Saillant, 1988). Ainsi, le patient, dans son parcours premier, apprend à vivre avec un corps qui porte souvent les marques des traitements, apprend à adhérer à un plan de traitement, apprend à se soigner, apprend à faire confiance au système médical et de soins…. (Allen et al., 2009 ; Daune, 1995)... tant d'apprentissages et notamment celui « qu'il survit » (Eck-Sarradon, 2002 ; Saillant, 1988). Donc la représentation de la gravité a pris sens pour lui et d'une association première (et qui demeure) de la mort, une autre se met en place : « on peut survivre au cancer » (Bellizzi & Blank, 2006 ; Moulin, 2005). Lorsque survient la récidive, la représentation du cancer n'est plus première, elle devient presque « familière » et se rejoue. Ainsi, associé toujours aux représentations mortifères et angoissantes, la représentation semble plus apprivoisée par le patient. Concrètement, « il sait ce qu'il l'attend »… . L'annonce d'une récidive vient solliciter à nouveau ses mécanismes de défense psychiques, mis en place lors de la première annonce ou parfois le conduit à recourir à d'autres ajustements psychologiques, pour parvenir à faire face à la maladie qui revient dans sa vie. La difficulté à intégrer cette étape redoutée dans toute pathologie cancéreuse peut être alors simplifiée par les repères acquis lors du premier épisode, et donner la teinte d'une forme d'« optimisme », de « confiance » car le patient « sait ce qu'il l'attend », il sait aussi qu'il a pu être soigné, qu'il a survécu, etc…. comme si certains patients vivaient de manière plus rassurante, la peur de l'inconnu étant évincée quelque part (Worden, 1989).

Nos résultats rejoignent ceux de Worden (1989), dans son étude comparative entre patients présentant un cancer primitif et patients en récidive. Il montre que contre toute attente, 30% des patients en récidive ont estimé l'annonce de récidive comme moins traumatisante que le celle du diagnostic initial. Il précise que ces patients sont ceux qui, au moment de l'annonce de la récidive souffraient moins de détresse physique et présentaient le moins de symptômes

physiques. Ils avaient de meilleurs espoirs au sujet de l'avenir et avaient moins peur d'une récidive cancéreuse. Ces patients avaient également moins de préoccupations anxieuses.
Nous n'avons pas pu montrer ici que le fait d'avoir une récidive pouvait prédire d'avoir moins de « chance » d'appartenir à la trajectoire « résiliente », ce qui avait été mis en évidence par Bonanno et al. (2007) dans le cadre d'événements traumatiques. En effet, ces auteurs ont démontré que les patientes qui avaient vécu au moins deux événements hautement stressants avaient deux fois moins de chances d'appartenir à la trajectoire « résiliente ».

2.2. Variables transactionnelles

Les résultats de notre étude indiquent que les patients de la trajectoire « résiliente » (ainsi que les patients du groupe « différé ») adopteraient en moyenne moins de stratégies de coping « impuissance-désespoir » et moins de stratégies de coping « préoccupations anxieuses » que les patients des groupes « récupérants » et « chroniques ».

La revue de la littérature montre que l'impuissance-désespoir et les préoccupations anxieuses accroissent la morbidité psychologique. (Ben-Zur, 1999 ; Cotton et al., 1999 ; Cousson-Gélie, Irachabal, Bruchon-Schweitzer, Dihuldy. & Lakja, 2005 ; Felder, 2004 ; Schnoll et al., 1998). L'évitement est notamment associé à un mauvais ajustement émotionnel (Ben-Zur, Gilbar. & Lev, 2001 ; Bloom & Spiegel, 1984 ; Carver et al., 1993 ; Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor & Falke, 1992; Holland & Holahan, 2003 ; Jadoulle et al., 2006 ; Ptacek et al., 1994 ; Romero, Lindsay, Dalton, Nelson & Friedman, 2008), à une aggravation de la maladie et à la peur de la récidive (Al-Azri et al., 2009 ; Li & Lambert, 2007 ; Stanton, et al., 2002). Certaines autres stratégies dites « émotionnelles » ont été identifiées comme dysfonctionnelles. C'est le cas de l'« impuissance-désespoir » (Al-Azri et al., 2009 ; Cousson-Gélie, 1997 ; Cousson-Gélie et al., 2009 ; Cotton et al., 1999 ; Filazoglu & Griva, 2008 ; Lavery et Clarke, 1996 ; Schnoll et al., 1998) et des « préoccupations anxieuses » (Cotton et al., 1999 ; Schnoll et al., 1998), qui sont toutes deux associées à une détresse élevée et une qualité de vie médiocre. Les résultats de cette recherche montrent que les patients de la trajectoire « résiliente » utilisent moins de stratégies de coping dont les études ont établi qu'elles sont associées à une moins bonne adaptation lors de l'annonce du cancer et dans les mois qui suivent.

En reprenant les conclusions de l'hypothèse 2 , ces résultats montrent donc que les patients de cette trajectoire « résiliente » disposent de ressources internes (niveau anxiété-trait bas) qui

leur permettent de maintenir des niveaux de fonctionnements psychologique et physique relativement stables et sains et d'éviter d'adopter des stratégies de coping comme l'impuissance-désespoir ou l'évitement, dont le lien avec une moins bonne adaptation au cancer a été montré. Ces résultats rejoignent ceux de l'équipe de Bonanno et al. (2004, 2007) et Bonanno & Mancini, 2010).

Nos résultats indiquent également que les patients de la trajectoire « détresse chronique » sont en moyenne moins satisfaits du soutien social qu'ils perçoivent que les patients des trois autres groupes et ils adopteraient en moyenne davantage de stratégies de coping « esprit combatif » que les patients des trois autres groupes. Nous pouvons émettre l'hypothèse que, disposant de ressources personnelles moins importantes (pessimisme et névrosisme (dépression)), les patients de la trajectoire « chronique » sont en moyenne moins satisfaits du soutien social qu'ils perçoivent car ils peuvent développer des attentes de soutien social d'autant plus importantes (Hodgkinson et al. 2007 ; Reynolds & Perrin, 2004) qu'ils sont plus pessimistes et plus déprimés.

L'adéquation entre le soutien souhaité et le soutien reçu est essentielle car associée à un bon ajustement des patients confrontés au cancer (Reynolds & Perrin, 2004). De plus, le soutien social perçu diminue progressivement de la période diagnostique à la période post-thérapeutique (Northouse et al. 1998 ; Makabe et Nomizu, 2007 ; Den Oudsten et al., 2010) que ce soit en terme de disponibilité perçue, de fréquence ou de satisfaction. L'optimisme favoriserait la mobilisation de l'entourage plus ou moins proche, tandis que le repli sur soi et le pessimisme n'encouragent pas autrui à apporter du soutien, entraînant des niveaux faibles de satisfaction mais aussi du soutien négatif (Matthews & Cook, 2009).

De plus, ces patients adopteraient davantage de stratégies de coping « esprit combatif » que les patients des trois autres groupes. Ce type de stratégie de coping centré sur le problème est généralement associé à un bon ajustement émotionnel et à une meilleure qualité de vie (Cayrou & Dickes, 2008 ; Cotton et al., 1999 ; Danhauer,et al., 2009 ; Epping-Jordan et al., 1999 ; Filazoglu & Griva, 2008 ; Stanton et al.,2000, 2002) et à une détresse émotionnelle moindre (Al-Azri et al., 2009 ; Ptacek et al., 1994 ; Schnoll et al., 1998). Ces stratégies semblent d'autant plus efficaces que les patientes ont de l'espoir (Stanton et al., 2002) et permettent aux patients de donner du sens à ce qui leur arrive (Jim et al., 2006). Or, dans notre étude, nous pouvons poser la question de l'efficacité de ces stratégies de coping puisqu'en

dépit de leur usage assez important, le niveau de détresse émotionnelle reste élevé est maintenu dans le temps.

Ainsi, nos résultats vont plutôt dans le sens de certaines recherches qui n'ont pas montré le rôle salutogène du coping centré sur le problème sur l'ajustement émotionnel. Au contraire, cette stratégie s'est révélée associée à un mauvais ajustement émotionnel (Carver et al., 1993 ; Manne et al., 1994 ; Cousson-Gélie, 2000). L'hypothèse selon laquelle le coping centré sur le problème ne serait efficace que lorsque la situation est objectivement contrôlable est alors souvent posée (Kemp et al., 1999 ; Lazarus & Folkman, 1984 ; Suls & Fletcher, 1985). Or, être atteint d'un cancer est un événement qui est objectivement peu contrôlable. Dans certains cas, et notamment à proximité du diagnostic, les stratégies de coping centrées sur le problème sont positivement liées à la détresse psychologique (Schou et al., 2005 ; Stanton & Snider, 1993). Ainsi, à proximité du diagnostic, ces stratégies semblent plutôt révélatrices d'une certaine détresse et sont peu salutogènes par rapport à celle-ci, tandis qu'ultérieurement, elles peuvent s'associer finalement au bien-être et à une diminution de la détresse. De plus, Lebel et al, 2008 ont montré que le recours à des stratégies centrées sur le problème à l'annonce du diagnostic et dans les mois qui suivent, trop important peut être préjudiciable pour les patients, à long terme.

Stanton et al. (2002) ont également montré que les stratégies de coping centrées sur le problème semblent d'autant plus efficaces que les patients ont de l'espoir. Or, les patients de la trajectoire « chronique » se distinguent des patients des autres trajectoires par le fait qu'ils sont déprimés (trait de personnalité) et les plus pessimistes. Il a été montré à ce propos que les variables dispositionnelles avaient une influence sur les stratégies mises en place.

Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que ces patients disposeraient de moins bonnes ressources personnelles et sociales, les conduisant à développer des stratégies combatives plus importantes pour lutter contre un vécu dépressif interne fort. Cependant, ces stratégies s'avèrent épuisantes et peu efficaces puisque ces patients ont un niveau de détresse élevé et maintenu durant toute la période d'étude. Tout se passe comme si ces patients développent une « sur »-combativité qui les épuise pour préserver une estime de soi mise à mal, avoir un sentiment d'action pour lutter contre une détresse importante. Le recours à cette stratégie va également dans le sens de la métaphore sociale du « combat », véhiculée voire promue en cancérologie. En effet, lors de l'annonce d'un cancer primitif, le discours médical et soignant en Occident est centré sur « l'espoir » et le « moral », du courage, de la lutte et de l'héroïsme

(Saillant, 1988). Le patient cancéreux n'est plus identifié à une mort imminente mais à un « survivant » possible pouvant espérer vivre de nombreuses années après la découverte de son cancer et pouvant même en guérir. Le malade cancéreux est invité à « garder le moral » dans une stratégie du « faire-face » pour « vaincre la maladie ». Le moral a aussi dans la pensée populaire une connotation de force et de volonté de vivre. Il signifie une attitude positive face aux évènements, une philosophie optimiste. Ainsi, la rhétorique médicale de « l'espoir », corrélative à celle du « moral » du malade, s'ajuste aux théories étiologiques populaires. Elle permet au malade de garder une image positive de lui-même, et des relations satisfaisantes avec les soignants et avec sa famille, de montrer sa force dans une situation difficile dans une société qui valorise les « battants ». Garder le moral c'est résister à la maladie selon les théories populaires. Dans l'autre sens, la métaphore militaire et du combat vient caractériser l'action thérapeutique et l'organisation de la lutte contre le cancer.

Par ailleurs, les résultats de notre étude indiquent que les patients du groupe « récupérant » (ainsi que les patients du groupe « détresse différée ») percevraient en moyenne davantage de profondeur de la relation que les patients des groupes « résilient » et « chronique ».

Ainsi, le déterminant important de cette trajectoire est la qualité d'une relation spécifique et plus précisément, la profondeur de la relation que les patients de cette trajectoire estiment avoir avec une personne significative dans leur vie, personne susceptible de leur procurer du soutien. Le soutien social spécifique ne se concentre que sur certaines relations souvent très proches (contexte essentiellement familial). L'intensité de la relation correspond à la croyance de l'individu, que lui et l'autre personne (qu'il désigne) sont engagés dans la relation et l'évaluent positivement. L'intensité ou profondeur de la relation reflète la force du lien entre les deux membres de la relation. Il s'agit de la perception de la relation comme étant positive, importante et sécurisante.

Les patients de la trajectoire « récupérante » se distinguent des patientes des autres trajectoires par la perception, en moyenne, d'une plus grande de profondeur de la relation avec un proche. Nous pouvons émettre l'hypothèse que ce soutien « inconditionnel » et stable semble donner aux patients un sentiment de sécurité. Au-delà de la nécessaire présence humaine pour la survie à la naissance, il n'est pas inutile de rappeler et d'évoquer la place importante des relations sociales dans le développement de l'enfant et notamment l'importance des comportements d'attachement qui permettent de développer un sentiment de sécurité et d'estime de soi dès la naissance (Bowlby, 1969). Cependant, cet attachement n'est pas

automatique, il se crée autour d'interactions réciproques mère-enfant. La construction identitaire de l'enfant s'appuie donc surs ces interactions, lui permettant d'être reconnu, identifié, nommé, … et ainsi de s'inscrire dans une appartenance à une famille, à un groupe. Ce processus participe au développement du noyau dur de l'identité : le narcissisme. L'annonce d'un cancer engendre souvent une crise identitaire, des sentiments d'insécurité, de perte de confiance, de perte d'estime d'eux-mêmes (notamment avec les effets secondaires des traitements) … chez les patients, ces derniers se sentant menacés par un phénomène dont ils pressentent la difficulté à le maîtriser. L'intensité de la relation spécifique avec un proche peut donc aider le patient à (re)trouver un sentiment de sécurité, à lui donner confiance durant les différentes étapes et ainsi participer de son mieux être psychique (Baider et al., 2003 ; Gerits, 1997 ; Holland & Holahan, 2003).

En outre, suite à l'expérience de la maladie cancéreuse, les relations avec les proches sont souvent réévaluées dans un sens positif (aide et soutien inespéré, présence d'affection) ou négatif (déception et remise en cause de la relation). La disponibilité du soutien dépend aussi des capacités du patient à accepter le soutien, mais aussi des capacités de l'entourage à assumer les conséquences de la maladie, surtout lorsque celle-ci évolue.

Nous pouvons donc supposer que l'intensité ressentie comme plus importante durant la période des traitements participerait de la capacité des patients de cette trajectoire « à se récupérer », leur niveau de détresse n'augmentant pas par la suite.

En ce qui concerne les patients du groupe « différé » (ainsi que les patients du groupe « récupérant »), nos résultats montrent qu'ils perçoivent davantage de profondeur de la relation que les patients des groupes « résilient » et « chronique ». De même que les patients du groupe « résilient », ils adopteraient moins de stratégies de coping « impuissance-désespoir » et « préoccupations anxieuses » que les patients des groupes « récupérants » et « chroniques ».

Ainsi, le déterminant important de cette trajectoire est non seulement la profondeur de la relation spécifique que les patients de cette trajectoire estiment avoir avec une personne significative dans leur vie, mais aussi le recours moins important à des stratégies de coping centrées sur l'émotion de type « préoccupations anxieuses » et « impuissance-désespoir ».

Comme pour les patients de la trajectoire « récupérante », nos résultats montrent que l'intensité de la relation spécifique avec un proche aide le patient à (re)trouver un sentiment

de sécurité, à lui (re)donner confiance durant les différentes étapes et ainsi participer de son mieux être psychique. De plus, il a été montré que le soutien social perçu permettrait de faire face aux exigences de la maladie en facilitant la mise en place de nombreuses stratégies de coping (Friedman et al., 2006). De ce fait, les patients de cette trajectoire, percevant une intensité de relation qui les rassurent, utiliseraient davantage de stratégies de coping adaptées pour faire face aux exigences de la maladie. Nos résultats montrent que ces patients utilisent moins de stratégies dont le lien avec une moins bonne adaptation a été montré (Al-Azri et al., 2009 ; Cousson-Gélie, 1997 ; Cousson-Gélie et al., 2009 ; Cotton et al., 1999 ; Filazoglu & Griva, 2008 ; Lavery et Clarke, 1996 ; Schnoll et al., 1998).

Notre étude n'a pu mettre en évidence aucun résultat significatif concernant la variable sentiment de contrôle. Or, cette variable apparaît comme déterminante dans les études sur les trajectoires. En effet, Helgeson et al. (2004) constatent que les ressources personnelles (qui comprennent le contrôle perçu) apparaissent comme un facteur prédictif indépendant du fonctionnement physique et augurent de meilleures trajectoires en ce qui concerne le fonctionnement mental et physique. De plus, les auteurs montrent que ces ressources personnelles ont un effet important sur les ressources sociales, dans le sens où les patientes qui ont des ressources personnelles sont plus susceptibles d'avoir des ressources sociales disponibles. Pour Henselmans et al. (2010a), le sentiment de contrôle est la seule caractéristique qui prédit l'appartenance à un groupe. Dans une autre étude (Henselmans et al., 2010b), les auteurs ont démontré que l'effet protecteur du sentiment de contrôle sur la détresse psychologique pouvait être expliqué par des différences entre les patients dans l'évaluation qu'ils font de la menace et le sentiment d'auto-efficacité qu'ils ont pour y faire face. Ainsi, les femmes présentant un cancer du sein qui ont un fort sentiment de contrôle sur la vie sont moins inquiètes de l'impact du cancer sur leur vie et ont davantage confiance en leurs capacités d'adaptation personnelles que les femmes ayant un faible sentiment de contrôle.

Toutefois, les patients confrontés à un cancer primitif auraient tendance à présenter une attribution causale interne plus importante que les patients en situation de récidive cancéreuse. Ils percevraient une plus grande profondeur de la relation que les patients en situation de récidive cancéreuse. Les patients en situation de récidive cancéreuse auraient tendance à adopter davantage de stratégies de coping « préoccupations anxieuses » que les patients présentant un cancer primitif.

Une hypothèse peut être posée ici en évoquant le lien existant entre l'attribution causale interne et la quête de sens qui peuvent évoluer pour un patient, selon qu'il est confronté à un cancer primitif ou qu'il vit une récidive cancéreuse. En effet, dans le cadre de l'annonce d'un cancer, la recherche de causalité s'articule entre l'objet maladie à causalité interne (comme l'hérédité, par exemple) ou à causalité externe (comme la pollution, l'amiante), (Pedinielli, 1996). Cette recherche de causalité est une tentative pour donner un sens à la maladie, au besoin par la construction d'une théorie profane métaphorique mettant en relation la maladie avec le vécu intime du patient. Par exemple, nombre de patients mettent en lien un événement récent fortement perturbateur (deuil, par exemple) avec la survenue de la maladie cancéreuse. L'attribution interne renvoie donc à cette activité psychique qui prend une importance considérable lorsque la vie est menacée : la recherche de sens (Chanal, 2004). Henselmans et al. (2010b) montrent que le sentiment de contrôle de la maladie (en termes de guérison) de patientes présentant un cancer mammaire primitif est fondé sur la conviction qu'une attitude positive favorise la guérison, ce qui est cohérent avec les représentations véhiculées par les médias. Une autre conviction importante qui alimenterait le sentiment de contrôle est celui de l'adoption d'un style de vie sain et la croyance en sa capacité à s'adapter. Ainsi, le sentiment de contrôle a pour corolaire le développement d'un sentiment de responsabilité du patient à l'égard de la maladie cancéreuse. Henselmans et al. (2010b) précisent qu'une forte croyance en un contrôle personnel pourrait empêcher les patientes de se préparer « mentalement » à une déception et pourrait provoquer des sentiments de responsabilité à l'égard de la maladie. Les auteurs ont constaté que les patientes ayant un fort sentiment de contrôle sont celles qui sont caractérisées par un niveau d'optimisme élevé et un fort sentiment de contrôle sur la vie en général. De plus, un fort sentiment de contrôle sur la guérison a été plus souvent signalé chez les femmes avec un cancer invasif que chez les femmes avec le cancer in situ, ce qui pourrait soulignent le rôle d'un fort besoin de contrôle, d'après les auteurs.

Cependant, la recherche de sens peut se modifier au fur et à mesure de l'évolution de la maladie et notamment lorsque la vie est à nouveau menacée. Le constat d'échec thérapeutique est pour tout malade un équivalent d'une remise sur la scène du sujet d'une menace de mort déjà sous-entendue, parfois entendue, presque toujours pressentie depuis l'annonce du diagnostic. Cette période si exceptionnellement douloureuse, réactive la « quête de sens » déjà mise en œuvre, au début du diagnostic de cancer primitif (Chanal, 2004). Il s'agit pour le patient de lutter contre la désintégration du monde interne en réintégrant l'incroyable réalité dans son histoire personnelle (Guex, 1989). L'être humain tente toujours de réintroduire de la

linéarité dans le cours des événements de sa vie, avec d'autant plus d'énergie que l'idée de la mort prochaine vient faire douloureusement rupture, effraction. Cette démarche lui permet de se réinscrire dans son histoire, pour survivre psychiquement et résister ainsi à la dépression (principe d'économie psychique au profit de préserver le narcissisme).

Ce serait finalement l'impossibilité du patient en récidive à pouvoir contrôler la situation qui le conduirait à adopter une attitude impuissante face à celle-ci. Vivre l'annonce d'une récidive c'est aussi vivre l'annonce de son échec de sentiment de contrôle à l'égard de la maladie, cette attitude étant renforcée si cet individu attribue ce manque de contrôle à des causes internes. Ainsi, le patient en récidive interroge peut être amené à trouver d'autres voies de contrôle, les premières mises en place étant en échec.

Les patients présentant un cancer primitif percevraient une plus grande profondeur de la relation que les patients en situation de récidive cancéreuse.

Une première réponse peut s'appuyer sur des études qui ont montré que le soutien social perçu général était parfois affaibli chez les patients à qui l'on a annoncé une récidive (Akechi et al., 1998 ; Brothers & Andersen, 2008 ; Worden, 1989). Par ailleurs, les patients en rechute énoncent souvent des difficultés dans leurs relations sociales (Bloom et al., 2004 ; Foster et al, 2009). Dans le cadre de cancer primitif, Lafaye et al., (2007) indiquent que le soutien social spécifique à la relation avec le conjoint est jugé satisfaisant tout au long du traitement. Les patients perçoivent une disponibilité et une intensité du soutien importantes surtout au début du traitement et relatent peu de conflits. A ce jour, à notre connaissance, aucune étude sur le soutien social spécifique de patients en récidive n'a été réalisée.

Une seconde explication à deux voies peut être posée ici : en situation de récidive cancéreuse, le sentiment d'impuissance du proche (personne désignée par le patient dans le questionnaire QRI) rencontrerait (ou plutôt ne rencontre pas) le détachement affectif du patient. En effet, la moindre profondeur de relation ressentie par le patient en récidive pourrait s'expliquer par l'impact subi par le proche dans le sens où ce dernier n'est pas en mesure d'apporter autant de soutien que lors de l'annonce première. Ce proche peut avoir un fort sentiment d'impuissance. D'un point de vue psychosociologique, il a été démontré que face à la souffrance d'autrui, le comportement altruiste varie en fonction de plusieurs facteurs (Cerclé & Somat, 1999) et notamment il permettrait de majorer l'estime de soi (Batson et al., 1997). En effet, d'après ces auteurs, le fait de prendre soin d'un proche sans contrepartie est constructif et structurant. Mais, lors d'une récidive du patient, ce proche peut alors se sentir impuissant et se sous-

estimer. Face à lui, le patient, confronté à la récidive cancéreuse, peut également avoir des attentes plus importantes quant à la profondeur de la relation, ce qui peut conduire à un « décalage » dans son évaluation de la qualité et profondeur du soutien, les besoins n'étant pas alors les mêmes (Lazarus & Folkman, 1984 ; Reynolds & Perrin, 2004). Par ailleurs, ce patient peut développer une attitude de détachement affectif, d'inhibition, positions défensives face à la menace ressentie, rendant difficile l'apport de soutien (Chanal, 2004).

Nos résultats mettent en évidence que les patients en situation de récidive cancéreuse auraient tendance à adopter davantage de stratégies de coping « préoccupations anxieuses » que les patients présentant un cancer primitif

Dire que les patients ont tendance à adopter davantage de stratégies de coping « préoccupations anxieuses » que les patients présentant un cancer primitif ne signifie pas que ces patients n'ont pas recours à d'autres stratégies, mais qu'elles semblent être manifestement davantage utilisées durant la période d'étude par les patients en récidive cancéreuse que par les patients présentant un cancer primitif. Les « préoccupations anxieuses » traduisent une angoisse sous-jacente liée au diagnostic et au pronostic perçu comme incertain, ces sujets considérant avoir peu de maîtrise sur la situation et mettent en place des stratégies souvent compulsives visant la réassurance. Elles font partie du registre des stratégies de coping centrées sur l'émotion qui a pour vocation, la régulation des tensions émotionnelles induites par la situation. Les « préoccupations anxieuses » sont des stratégies évitantes, passives qui consistent à détourner l'attention de la source de stress par la fuite.

Ainsi, lors de l'annonce du cancer primitif, le patient peut avoir recours à des stratégies de coping « préoccupations anxieuses ». Celles-ci relèvent d'une activité psychique de pensée et pas de l'action proprement dite. Elles renvoient aux interrogations du patient concernant la menace qui lui est faite (menace de mort), concernant un diagnostic dont il ignore les réelles conséquences (cancer) et ses capacités à y faire face (sentiment de perte de contrôle, incertitudes de l'avenir, des effets secondaires…). Après un parcours plus ou moins long souvent associé à un « combat », où l'action du patient a été sollicitée (se soigner, se rendre à ses séances de traitements, subir les éventuels effets secondaires, faire de multiples analyses et examens…), après une période de rémission, le patient à qui on annonce une récidive cancéreuse, est à nouveau confronté à cette menace. Cependant, il peut prendre aussi la mesure que ce qu'il avait mis en place lors de l'annonce du cancer primitif est synonyme pour lui d'échec : la maladie revient en dépit de son ajustement.

La mort est pour l'individu la seule expérience qu'il n'a jamais faite et pour laquelle le déficit informationnel est total. Totale et définitive aussi l'angoisse qui en résulte puisque l'angoisse survient lorsque l'on ne peut agir, c'est-à-dire, ni fuir, ni lutter. D'abord, ne pas y penser, et pour cela agir, faire n'importe quoi, mais quelque chose. L'angoisse de la mort chez le combattant existe avant la bataille, mais pendant la lutte, elle disparaît, parce que justement, il lutte, il agit. Mais que se passe-t-il donc quand on ne peut ni fuir ni lutter face à une situation conflictuelle?

Or, concrètement, la motivation fondamentale des êtres vivants semble être le maintien de leur structure organique avec un principe d'économie psychique et physique. Face à une menace de mort à nouveau manifeste, le patient peut avoir recours à d'autres stratégies d'adaptation en ayant comme but, qu'elles soient efficaces.

Nos résultats vont dans le sens de ceux de Worden (1989) qui montrent également que les patients en situation de récidive présentent davantage de préoccupations anxieuses. Ils précisent qu'elles sont certes, à leur égard, mais aussi à l'égard de leur famille, de leurs proches, de leur avenir. Nous pouvons également les mettre en lien avec les résultats précédents concernant l'existence de niveaux d'anxiété significatifs des patients présentant un cancer et particulièrement lors de récidive cancéreuse.

Même si cette recherche, dans une méthodologie originale, a pu mettre en évidence l'existence de trajectoires de détresse différentes, elle a rencontré plusieurs difficultés et possède de nombreuses limites que nous allons préciser dans le chapitre suivant.

FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.

1. Principales limites de l'étude

De fait, l'engagement dans une étude longitudinale est aussi synonyme de confrontation à d'autres réalités, en particulier celles du terrain lors des phases de recrutement, ainsi que celles de maintien de l'inclusion dans le temps. En témoignent les limites de cette recherche, notamment au niveau du nombre de personnes incluses, et de la difficulté de recueillir toutes les données, se sont aussi posés des questionnements quant aux outils choisis, ainsi que d'autres, essentiellement d'ordre méthodologique.

Population d'étude et en particulier, les patients en récidive cancéreuse

L'une des limites importantes de cette étude est celle liée aux données manquantes et plus particulièrement celles des patients en situation de récidive cancéreuse. L'existence de faibles effectifs dans les groupes a eu pour conséquences de ne pas montrer d'effets éventuels ou des tendances. De ce fait, beaucoup de précautions sont à prendre quant à nos résultats.

En effet, l'une des difficultés essentielles que rencontrent les recherches (particulièrement celles de nature longitudinale) explorant le vécu émotionnel des patients confrontés à la maladie cancéreuse est l'inclusion des patients d'une part, et d'autre part, la durée de leur participation. Le taux et les motifs de refus des patients de notre recherche s'apparentent à ceux décrits par différentes études en cancérologie que nous avons précédemment citées comme par exemple celles de Den Oudsten et al. (2009), celle de Henselmans et al. (2010), celle de Hinnen et al., (2008) ou encore celle de Ranchor et al. (2002). Comme nous l'avons souligné, la plupart des travaux étudient différentes variables psychologiques, sociales, épidémiologiques, sociodémographiques… chez des patients, qui, confrontés au cancer, sont en situation de vulnérabilité et peuvent ainsi légitimement et aisément refuser leur participation. Dans ces périodes de vulnérabilité, les patients sont déjà particulièrement investis par le monde médical et participer à une recherche (et notamment une recherche longitudinale) qui explore la dimension psychologique peut s'avérer difficile à accepter.

Ainsi, il serait intéressant d'augmenter la taille de l'échantillon et particulièrement celui des patients en récidive. Cependant, augmenter la taille d'un échantillon nécessite certainement d'améliorer les conditions d'inclusion et de maintien dans l'étude. Autant, concernant l'inclusion de patients rencontrant tout type d'atteintes organiques, des pistes d'amélioration peuvent être trouvées comme, par exemple, impliquer davantage les équipes de terrain pour systématiser la proposition de participer à l'étude à chaque patient (nous n'avons pu effectuer le recrutement que sur nos jours de présence au sein de l'établissement), autant, des difficultés persisteront certainement concernant l'inclusion de patients en récidive car le motif premier d'arrêt est le refus, la fatigue ou l'altération de l'état général. En effet, plus encore que le recrutement de patients présentant un cancer primitif, l'une des difficultés essentielles de cette étude a été le recrutement de patients en situation de récidive cancéreuse. En effet, accepter de participer à une recherche dans un contexte d'annonce de cancer primitif peut alimenter la rhétorique inhérente combative du patient qui précise souvent qu'il « souhaite témoigner de son expérience ». Il est dans l'action et donc participer à une étude le met en situation active,

entreprenante, participative d'un processus pluridisciplinaire pour combattre le mal dont il souffre. Cependant, lorsque survient la récidive, il y a faille, rupture. D'une rhétorique de l'espoir, « de se battre », le patient passe à celle de la cohabitation, de la réconciliation avec une maladie dont il ignore l'issue. La réapparition de la maladie interroge sur les capacités curatives. L'annonce d'une récidive peut également être rendue plus complexe par le fait qu'il s'agit d'un nouvel épisode, le nouveau bouleversement existentiel ou émotionnel généré venant s'ajouter à la précédente déstabilisation chez un patient qui restait vulnérable psychologiquement, physiquement ou socialement. Le patient s'interroge sur la notion de rémission, de guérison, d'une hypothétique reprise d'une vie normale ou d'entrée en phase palliative et ainsi la fatalité de vivre avec un cancer jusqu'à la fin… Le patient se trouve alors dans une autre dynamique et l'engagement rempli de conviction n'est plus forcément celui du début. Participer à une recherche dans ce contexte-là ne revêt pas des mêmes représentations.

Ces deux phases de la maladie sont donc connotées de représentations et d'affects similaires mais aussi différents et peuvent engendrer des réactions différentes de la part des patients, alors aux prises d'une annonce singulière et d'un traitement sous-jacent à venir, lorsqu'on leur propose de participer à des travaux de recherche. C'est alors autant l'occasion d'un refus, voire d'un rejet et dans certains cas, plus minoritaires, malgré tout, d'un consentement : « *si au moins, mon témoignage et ma participation peut aider* », nous ont précisé certains d'entre eux.

De plus, une autre difficulté que nous avons rencontrée, est celle de l'abandon de certains patients au fil du temps de l'étude. Les raisons sont de plusieurs ordres : rappelons tristement ici que près de 7% d'entre eux sont décédés au cours de l'étude (75% de patients décédés étaient en récidive), que 13.3% (qui sont essentiellement des patients en récidive cancéreuse) ont vu leur état de santé se dégrader et n'ont pu poursuivre leur participation (progression de la maladie ou effets secondaires des traitements), 23.7% que certains d'entre eux ont également « souhaité passer à autre chose » car répondre aux questionnaires les replongeait inexorablement dans un contexte qu'il souhaitait « mettre de côté ». L'abandon de la recherche a été aussi expliqué par certains patients, de par la lourdeur du protocole et la contrainte qu'impliquait l'étude en termes de temps passé à répondre aux questionnaires. Précisons également ici que certains patients n'ont pas précisé les motifs de leur retrait de l'étude.

Dans ce contexte, nous pouvons émettre une hypothèse qui pose alors une réserve sur le niveau de détresse de notre échantillon. En effet, au vu des pourcentages d'abandon pour altération de l'état général ou pour cause de décès, nous posons immanquablement la question de savoir si ces personnes qui se sont vues dans l'obligation de suspendre leur participation, n'étaient justement pas celles qui pouvaient présenter un niveau de détresse important.

Une autre limite peut résider en l'utilisation de l'HAD de Zigmond et Snaith (1983) comme outil d'évaluation de la détresse émotionnelle. En effet, dans cette recherche, nous avons utilisé l'HAD de Zigmond & Snaith, (1983) pour évaluer la détresse émotionnelle des patients. Cette échelle est communément utilisée en cancérologie, pour l'évaluation de la détresse émotionnelle mais il se peut que sa précision soit quelque peu réduite lorsqu'elle est appliquée dans ce domaine. En effet, cette échelle fait l'objet de nombreux débats dans le monde de la recherche, débats sur différents points que nous allons développer afin d'apprécier sa pertinence dans l'évaluation de la détresse des patients en cancérologie.

Concernant l'utilisation préférentielle de l'un des trois scores (sous-score d'anxiété, sous-score de dépression et score total), aucun consensus n'a vu le jour (Mitchell, Meader & Symonds, 2010 ; Morse, Kendell & Barton, 2005 ; Singer et al, 2009). En effet, l'utilisation du score de chacune des deux sous-échelles ou du score total ne fait pas l'unanimité dans l'évaluation des troubles des patients présentant un cancer. Beaucoup d'études utilisent le score total (Reuter & Harter, 2001) alors que les auteurs originaux eux-mêmes ne le recommandent pas (Snaith & Zigmond, 1994). Précisons aussi que les deux sous-échelles (anxiété et dépression) sont fortement corrélées (Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann, 2002). Néanmoins, certaines recherches ont justifié l'utilisation du score total, sur des fondements théoriques (Flint & Rifat, 1996 ; Herrmann, 1997 ; Moorey et al, 1991;. Spinhoven et al, 1997), d'autres n'en ont pas précisé les raisons (Leung, Ho, Kan, Hung. & Chen, 1993 ; Martin, 2005 ; Rodgers et al, 2005). La sous-échelle de dépression s'appuie surtout sur des dimensions anhédoniques (perte relative d'intérêt / plaisir) (Smith et al., 2002). Mitchell et al. (2010) montrent également l'existence d'un chevauchement entre le score d'anxiété, celui de dépression et celui de la détresse (score total). Pour eux, le score total serait le score le plus satisfaisant pour apprécier la détresse émotionnelle. La valeur prédictive serait de 62% signifiant alors que l'occurrence de présenter une détresse émotionnelle serait de 6 sur 10, dès lors que le score obtenu est supérieur au cut-off préconisé par les auteurs originaux. Ce

résultat suggère que le score total d'HAD n'est pas suffisant pour diagnostiquer la détresse émotionnelle mais apparaît malgré tout, comme le score le plus pertinent à utiliser.

De plus, il existerait une disparité dans l'évaluation de la détresse émotionnelle selon les populations atteintes de cancer concernées. En effet, selon les stades de la maladie cancéreuse (cancer primitif, récidive ou phase palliative), la pertinence de l'HAD est discutée par les chercheurs (Akizuki et al., 2003 ; Grassi, Sabato, Rossi, Marmai & Biancosino, 2009 ; Ibbotson, Maguire, Selby, Priestman & Wallace, 1994 ; Love et al., 2004 ; Moher et al., 1999 ; Reuter & Harter, 2001 ; Singer et al., 2008) essentiellement concernant les stades de cancers avancés ou en phase palliative car cette échelle n'évalue pas de symptômes physiques fort présents dans ces deux cas. Ainsi, s le débat est assez controversé concernant l'évaluation de la détresse des patients en phase palliative, en ce qui concerne l'évaluation de la détresse des patients lors de l'annonce d'un cancer primitif, cet outil s'avèrerait être l'un des plus pertinent (Mitchell et al., 2010 ; Singer et al, 2009).

L'absence de consensus concernant l'application la plus pertinente des sous-échelles de l'HAD ou de l'échelle totale continue à faire débat et un autre questionnement anime les chercheurs, à savoir l'incertitude quant aux seuils de coupure (cut-off). Le point de coupure optimal est de 8 pour l'identification des cas suspectés d'être en détresse émotionnelle (anxiété ou dépression) (et de 11 pour plus de précision et de sécurité) sur les deux sous-échelles (Zigmond & Snaith, 1983 ; Bjelland et al, 2002), avec une sensibilité et une spécificité de 0,80 en moyenne (Bjelland al, 2002). Cependant, il a été démontré que ces seuils pourraient être trop élevés pour les patients présentant une pathologie cancéreuse par manque de sensibilité de l'instrument (Morse et al, 2005). Par conséquent, les seuils inférieurs pourraient être posés sans nécessairement compromettre la spécificité de l'échelle.

Néanmoins, déterminer un point de coupure optimal n'est pas aisé. Dans leur étude pour déterminer la pertinence la meilleure concernant la valeur-seuil, Singer et al. (2009) se sont appuyés sur trois méthodes : 1) déterminer le meilleur pourcentage de sensibilité et de spécificité pour que le nombre de patients « mal diagnostiqués » soit réduit au minimum (seuil de balance) ; 2) définir le point autour duquel 95% des patients sont identifiés (seuil clinique) ; 3) définir le point selon lequel 95% des cas identifiés sont de véritables cas (seuil spécifique). Pour les auteurs, le meilleur compromis entre la sensibilité et la spécificité est un seuil de 5 pour le sous-score de dépression, un seuil de 7, pour celui de l'anxiété et un seuil de 13 pour le score total de détresse émotionnelle. Cependant, dans des considérations cliniques,

les seuils suivants ont été trouvés comme ayant été optimaux : seuil de 2 pour le sous-score de dépression, seuil de 3 pour le sous-score d'anxiété et seuil de 6 pour le score total. De même, Morse et al (2005) avaient suggéré une baisse des seuils de l'HAD pour les patients cancéreux. Pour les auteurs, le meilleur compromis entre la sensibilité et la spécificité de l'échelle totale serait un seuil à 13, par exemple, au lieu de 16 recommandé par Zigmond & Snaith (1983). Singer et al (2009) recommandent, quant à eux, un seuil à 6 pour chaque sous-échelle et à 13 pour l'échelle totale d'HAD.

Il serait aussi intéressant que le seuil optimal (cut-off optimal) soit posé pour une utilisation clinique quotidienne. On pourrait dire que les niveaux combinés de sensibilité et de spécificité doivent être aussi élevés que possibles. Ce serait une solution technique, potentiellement utile dans les études épidémiologiques au sein desquelles il n'est pas possible de « perfectionner » des procédures de diagnostic pour les patients avec des scores élevés ce qui est le cas dans notre étude.
En d'autres termes, si nous acceptons que les valeurs-seuils sont dans une certaine mesure « arbitraires », alors il est défendable d'adapter la frontière entre le normatif et le dysfonctionnement élevés sur la base d'une population d'individus exposés aux mêmes événements. Dans ce cas, la « césure » reflèterait les symptômes de détresse élevée et par rapport aux autres qui ont subi la même épreuve et rendrait compte certainement d'une réalité plus « juste. Enfin, la désignation d'une limite pour les élévations des symptômes sur une mesure en continue ne signifie pas qu'il faille avoir nécessairement recours à une classification taxométrique. En d'autres termes, des scores supérieurs à un seuil désigné sur une mesure donnée peut être conceptualisés comme de simples niveaux de dysfonctionnement chroniquement élevés. Nous nous empressons de souligner que l'utilisation de points de coupure ne nie pas l'existence ou la pertinence des syndromes cliniquement définis.

D'autres limites de la présente recherche sont également à préciser.

- *L'évaluation au premier temps d'étude T0 :* même si la plupart des patients ont souhaité répondre en présence des investigateurs, certains d'entre eux ont préféré le remplir seuls et le renvoyer dans une enveloppe pré-timbrée dans les jours qui suivaient. Ainsi, le recueil du T0 n'a pas été totalement homogène.

- *La diversité de types de cancer et la « mixité » hommes-femmes :* une limite méthodologique d'importance est le nombre de participants par organe atteint par le cancer. En effet, du fait du faible effectif parfois d'un groupe de patients présentant une pathologie

cancéreuse identique (par exemple, hématologique ou VADS), l'analyse statistique nous a contrainte à des regroupements de fait. Par ailleurs, les hommes ont été moins nombreux que les femmes à participer à cette étude. Ces deux points contribuent certainement à réduire la puissance statistique des tests utilisés et à limiter la généralisation des résultats.

- *Le choix des outils d'évaluation :* les limites des instruments résident dans leur spécificité. Chacun des outils utilisés montre sa limite à hauteur de sa spécificité. Nombreux sont ceux qui explorent les différentes variables que nous avons choisies d'étudier et nous avons privilégié les outils dont la validation auprès des patients atteints de cancer était effective. Ainsi, la limite de leur spécificité va de pair avec le choix que nous avons fait.

- *L'analyse d'autres variables non prises en compte dans cette recherche :* d'autres variables ont été évaluées durant cette recherche et notamment la peur de la récidive ainsi que la fatigue physique du patient. Bien que pertinentes, elles n'ont pas pu être prises en compte pour des raisons de lourdeur statistique. Cependant, elles feront également l'objet d'un prochain travail d'analyse.

- *L'existence de trajectoire de patients en récidive :* la limite liée au plus faible effetif des patients en situation de récidive ne nous a pas permis d'identifier des trajectoires de détresse propres à la récidive cancéreuse et ainsi de pouvoir les comparer aux trajectoires de détresse des patients en cancer primitif.

2. Principales « forces » de l'étude

En dépit des limites évoquées précédemment, cette étude présente un certain nombre de points forts. Sa principale force relève de l'originalité de sa méthode. Notre recherche apporte un regard nouveau sur l'évolution de la détresse après un diagnostic de cancer primitif ou récidivant. En effet, nous avons évalué longitudinalement la détresse des patients, à des moments-clés de leur parcours qui suit l'annonce du diagnostic de cancer primitif ou récidivant, rendant alors l'interprétation et la lecture des résultats plus pertinente. Les études longitudinales sont des instruments privilégiés pour observer les changements dans le temps de l'adaptation face à un événement de vie tel que l'annonce d'un cancer. Cependant, au lieu d'obtenir une évaluation « ponctuelle » à différents temps d'évaluation, nous avons pu mettre dans une perspective des trajectoires de détresse « continues » et ainsi apprécié l'évolution de

cette dernière dans le temps. Cette nouvelle procédure aboutit à une connaissance plus fine du cours de la détresse après un diagnostic de cancer.

Une autre force de l'étude est d'avoir pris en considération la récidive cancéreuse, en dépit de difficultés de recrutement et de maintien de l'inclusion des patients. La littérature abondent de recherches essentiellement basées sur le cancer primitif, et particulièrement mammaire. Les recherches sur la récidive cancéreuse sont moindres et même si elles s'avèrent plus nombreuses depuis la dernière décennie, elles font souvent l'objet de critiques d'ordre essentiellement méthodologique en raison de la disparité des outils utilisés, mais aussi des difficultés à rendre compte de l'ensemble des variables qui se jouent pour le patient en récidive.

Une autre force de cette étude est d'avoir pu montrer l'existence de « profils » psychologiques différents qui permettent de distinguer, dès l'annonce, les personnes qui s'inscriront dans telle ou telle trajectoire de détresse. En particulier, l'un des résultats intéressants qui relève également d'un intérêt clinique, est l'existence des patients de la trajectoire « détresse différée ». En effet, ces patients se distinguent dans la profondeur de la relation qu'ils estiment avoir avec une personne significative dans leur vie, personne susceptible de leur procurer du soutien et un sentiment de sécurité, en particulier à la fin des traitements. Ainsi, à partir de l'attention particulière portée sur cette variable, nous pourrions poser un regard vigilant sur ces patients dont on sait qu'ils seraient susceptibles de connaître une détresse qui augmente à la fin des traitements et dsè lors, leur proposer un soutien psychologique adapté.

REFLEXIONS D'ORDRE ETHIQUE

Effectuer une recherche qui parle de maladie, de corps, de soins, de psychisme, de patients … et qui rencontre l'humanité ne peut faire l'économie de réflexions éthiques. Ces dernières ont immanquablement jalonné notre parcours dans la réalisation de cette recherche. Ces réflexions ont sous-tendu l'étendue de notre travail, de la rencontre avec un patient jusqu'à la fin de sa participation. Si notre posture de chercheur relève d'un souhait de fournir les résultats les plus fructueux et pertinents possibles, et d'un désir constant de retransmettre le plus fidèlement possible la réalité clinique des patients, notre posture dépend également d'une présence sur le terrain de recherche et d'un positionnement éthique et déontologique qui s'emploie à instaurer un climat de confiance avec les patients que nous rencontrons.

L'éthique… mais qu'est-ce donc ? Question vaste, complexe … et où poser une définition relève presque de l'impossible. Peut-être que l'éthique est cette frontière quasi-invisible, très intime et singulière, entre soi et l'autre qui tisse un espace abstrait et propre à chaque rencontre et où se pose, notamment dans le domaine du soin et particulièrement en cancérologie, la question du désir : le désir du soignant ou celui du chercheur face au désir du patient. L'éthique laisse place à la communication et fait émerger des choix qui sollicitent la liberté du sujet, en tant qu'être capable de désirer, même en situation extrême, et de décider pour lui-même. L'éthique ne relève pas de la morale, peut-être qu'elle relève de la valeur, du respect de la dignité humaine, de la responsabilité de soi à l'égard d'autrui, …. mais surtout, l'éthique « est », tout simplement….. « *Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps, comme une fin et jamais simplement comme un moyen* », (Kant, 1969). Pour Axel Kahn, (ancien directeur de l'institut Cochin qui administre depuis peu l'université René Descartes, président depuis trois ans du groupe de réflexions éthiques de la Ligue contre le cancer**),** il s'agit de « *la réflexion sur ce qu'est l'action bonne, en particulier confrontée à une situation difficile, et sur les valeurs qui la fondent. Parfois, et en particulier dans le domaine du cancer, l'éthique peut prendre la forme d'une interrogation de ce type : devons-nous agir sur un malade et tenter de le faire bénéficier d'une innovation thérapeutique non encore validée ? Une telle action est-elle compatible avec le respect que l'on doit à ce malade en tant que personne humaine et digne ? La réponse n'est pas évidente. Pour tenter d'y répondre, on mettra en avant l'intérêt d'une recherche scientifique passant par le test des médicaments, sinon pour le malade en personne, au moins pour les patients futurs sans oublier de se demander quel est l'intérêt du patient lui-même. Même s'il ne peut être sauvé, peut-on envisager d'aggraver son état, de lui infliger des souffrances qui n'amélioreront pas son pronostic vital ? Il y a là tension entre deux logiques. Et parce que l'éthique est aussi une morale de l'action, il s'agit de surmonter cette contradiction, de déterminer ce qu'est l'action bonne en indiquant pour quelle raison telle ou telle solution a été privilégiée* », (Ligue contre le cancer, 2011).

L'ensemble de ces questionnements d'ordre éthique ont donc accompagné notre travail de recherche, tant sur le terrain que dans les analyses ou les écrits qui s'en sont suivis :

- <u>*Le consentement du patient :*</u> c'est en 1947 avec le Code de Nuremberg qu'apparurent les premières recommandations d'ordre éthique mettant l'accent sur une disposition essentielle : le consentement éclairé du patient. La loi du 20 décembre 1988, dite loi Huriet-Sérusclat, fait obligation à l'investigateur de recueillir un consentement éclairé et de donner

au patient un document écrit retraçant les objectifs, les procédures, les risques liés à la recherche ainsi que les obligations du promoteur. L'investigateur doit s'assurer de la clarté et de la simplicité de l'information délivrée et qu'elle soit compréhensible pour le patient.

En éthique médicale et en droit des malades, il est question aujourd'hui du consentement libre et éclairé du patient, avant tout acte de soin ou essai clinique ou de participation à une recherche. Nous avons recueilli auprès de chaque patient, un consentement éclairé et lui avons fourni une note d'information concernant les objectifs et les implications de la recherche (Annexe 13).

- *La confidentialité :* la confidentialité des échanges par le biais d'entretiens cliniques ainsi que celle des données médicales et personnelles des patients ont été respectées et n'ont servi qu'aux fins de l'étude.

- *Le refus d'un patient ou son souhait de suspendre sa participation en cours d'étude :* a été respectée. Nous nous sommes réservée la possibilité de sortir de l'étude un patient pour toute raison allant dans le sens de l'intérêt de ce dernier (notamment pour des raisons d'altération de l'état général ou d'apparition de troubles annexes à la problématique cancéreuse). De même, un patient ou l'un de ses proches ou son médecin-référent a pu suspendre à tout moment sa participation sur simple demande et sans justification.

ENTRE PERSPECTIVES ET PROSPECTIVES DE RECHERCHE

La prospective repose sur trois postulats qui en disent long sur la philosophie, au moins implicite, de la démarche. Ces trois postulats se traduisent par les affirmations suivantes : l'avenir est domaine de liberté, l'avenir est domaine de pouvoir, l'avenir est domaine de volonté. Ceci est très clair lorsque Gaston Berger (1964) nous invite à « *considérer l'avenir non plus comme une chose déjà décidée et qui, petit à petit, se découvrirait à nous, mais comme une chose à faire* ». Si l'on part du postulat que l'avenir n'est pas déjà fait, prédéterminé, qu'il est, au contraire, ouvert à plusieurs « futurs possibles », ce que André-Yves Portnoff désigne par « les futuribles », que peut-il en être concernant la détresse émotionnelle en cancérologie ?

1. Trois facteurs à prendre en considération

Une définition conceptuelle qui rend compte du caractère quelque peu holistique de la détresse en cancérologie est donc difficile à poser. Celle qui semble malgré tout, la plus pertinente, est proposée par le National Cancer Center Network (NCCN) en 1997 (Holland, 1997) : « il s'agit d'une expérience émotionnelle désagréable, de nature psychologique, sociale, ou spirituelle, qui influe sur la capacité à s'adapter de façon efficace au cancer et à ses traitements. Cette expérience s'inscrit dans un continuum allant des sentiments normaux de vulnérabilité, tristesse et crainte, jusqu'à des difficultés pouvant devenir invalidantes telles que l'anxiété et la dépression, l'isolement social et la crise spirituelle ». Dans ce contexte, nous pouvons porter un regard particulier sur trois facteurs, fréquemment rapportés par les patients lorsqu'ils sont pris en charge pour un cancer :

- La dimension physique qui rend compte d'un corps mis à mal par les traitements et leurs effets secondaires et en particulier la fatigue qui s'initie durant les phases de traitements et qui, même si elle diminue dans le temps, persiste durant de nombreux mois
- La peur de la récidive qui exprime souvent l'angoisse du retour de la maladie cancéreuse et d'un éventuel envahissement de leur corps par le cancer ou la propagation de la maladie dans d'autres organes. Notamment en phase post-traitement ou de rémission, ils décrivent la peur de la récidive du cancer comme une épée de Damoclès suspendue au-dessus de leur tête qui compromet la tranquillité de leur avenir et parfois même leur qualité de vie physique et psychique.

- Les difficultés socio-économiques qui peuvent s'ajouter également pour certains patients, révélant des préoccupations déstabilisantes d'ordre sociale ou familiale ou encore socio-économique, liées aux conséquences de l'annonce du cancer et de sa prise en charge, d'autant plus si préexistait une précarité psychosociale.

Regardons de plus près ces trois facteurs pour prendre la mesure de ce qu'ils engendrent en termes de détresse émotionnelle des patients confrontés au cancer.

Dimension psychologique : peur de la récidive

L'amélioration du pronostic du cancer a fait place à une nouvelle réalité : de plus en plus de patients survivent au cancer et/ou connaîtront une ou plusieurs récidives de leur maladie. Parmi les problèmes psychologiques identifiés, la peur de la récidive est l'une des difficultés les plus fréquemment rapportées par les patients ayant été traités pour un cancer. Quelques

études effectuées majoritairement auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein, rapportent des taux de prévalence de la peur de récidive variant entre 5% et 90% (Alfano & Rowland, 2006 ; Kornblith & Ligibel, 2003 ; Leake, Gurrin, & Hammond, 2001 ; Schroevers, Ranchor, & Sanderman, 2006 ; Vickberg, 2003). Des études récentes effectuées auprès de patients atteints des cancers les plus prévalents (sein, prostate, poumon et colorectal) révèlent que la peur de récidive est considérée par les patients comme leur principal ou second problème en importance (Baker, Denniston, Smith, & West, 2005; Connell, Patterson, & Newman, 2006 ; Deimling, Bowman, Sterns, Wagner, & Kahana, 2006). Dans une autre étude récente menée auprès d'un échantillon hétérogène de 1721 patients atteints de différents types et stades de cancer, la peur de récidive est rapportée comme étant le problème suscitant le plus de détresse psychologique (Herschbach et al., 2004) ou une perturbation du fonctionnement (Baker et al., 2005; Herschbach et al., 2004; Humphris et al., 2003; Mellon, Northouse & Weiss, 2006). Une étude qualitative menée auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein révèle que la peur de récidive est associée à la peur de mourir, la peur de souffrir, la crainte de laisser les personnes aimées ou encore à l'incapacité de faire des projets d'avenir (Ferrell, Grant, Funk, Otis-Green, & Garcia, 1997). Dans une autre étude qualitative, Vickberg (2001) évalue les thèmes d'inquiétudes associées spécifiquement à la peur de récidive auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein. Elle rapporte que plusieurs sujets d'inquiétude sont sous-jacents : la peur de mourir, l'appréhension des traitements futurs (particulièrement la chimiothérapie), la peur de souffrir, la peur de développer des difficultés émotionnelles importantes (ex : développer une dépression ou un trouble anxieux), la crainte de laisser les personnes aimées et la crainte de faire souffrir la famille. Ainsi, la peur de récidive ne se résume pas uniquement à la crainte que la maladie revienne ou progresse mais englobe plutôt un ensemble de scénarii anticipés au sujet des conséquences possibles d'une récidive du cancer touchant l'identité et engendrant une détresse singulière.

Au niveau psychologique, l'inquiétude de la récidive ou de l'apparition d'un autre cancer semble résister aux années, entraînant chez les sujets une attention particulière au moindre symptôme physique, et impactant ainsi négativement la qualité de vie (Avis et al., 2005 ; Bower et al., 2005 ; Dow et al., 1996). Plus de cinq ans après le diagnostic, la moitié des survivants déclare avoir des inquiétudes occasionnelles quant à une récidive et un quart avoue même des inquiétudes régulières ou fréquentes (Bower et al., 2005; Schroevers et al., 2006). Parmi les divers aspects stressants du cancer à long terme (peur de l'avenir, limitations physiques et/ou du style de vie, soucis liés à l'apparence, douleurs, inconforts physiques,

problèmes familiaux et/ou amicaux liés au cancer, tout autre problème), la peur de l'avenir due à l'incertitude liée au cancer est aussi le facteur évalué comme le plus stressant par les personnes en rémission (Dunkel-Schetter et al., 1992 ; Lebel et al., 2008). Dans leurs recherches sur le cancer du sein, à moins d'un an du diagnostic, une femme sur deux pense que la récidive dépend plus d'elle que de facteurs externes. Mais, les auteurs montrent que l'ajustement (évalué par l'humeur) ne dépend pas du contrôle perçu sur la récidive mais de la confiance en l'avenir à ce sujet. En effet, la conviction d'une femme qu'elle ne vivra pas de récidive prédit un bon ajustement émotionnel.

Malgré le peu de littérature portant spécifiquement sur le sujet, la peur de récidive est fréquemment associée à plusieurs conséquences négatives comme la détresse psychologique et une perturbation du fonctionnement (Antoni et al., 2006 ; Black & White, 2005 ; Lee-Jones et al., 1997 ; Mellon & Northouse, 2001 ; Mellon et al., 2006 ; Sneeuw et al., 1992; Vickberg, 2001 ; Vickers et al., 2003 ; Young & White, 2006). Des études révèlent que les patients ayant une peur de récidive rapportent un sentiment de vulnérabilité et de perte de contrôle sur leur vie, ainsi qu'une augmentation de l'inquiétude par rapport à la santé en général (Fredette, 1995), des symptômes d'anxiété ou de dépression (Deimling et al., 2006 ; Hart, Latini, Cowan, & Carroll, 2008 ; Humphris et al., 2003), des changements significatifs sur leur manière de voir la vie et d'élaborer des projets futurs (Fredette, 1995), et une diminution de leur qualité de vie (Mellon et al., 2006).

Dimension corporelle et physique

L'altération corporelle peut également constituer un autre facteur majeur de souffrance du patient, même si elle n'est pas spécifique au cancer. L'amputé, le borgne, le handicapé la vivent aussi. Cette altération conditionne les rapports de soi avec les autres et avec le monde : l'être modifié se replie sur lui-même. L'enfant s'éloigne du groupe social dès qu'il présente une particularité même non physique (parler une autre langue, venir d'un autre pays). Dans le domaine de la cancérologie, certains traitements (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, corticothérapie, etc…) ont parfois de tels effets secondaires (différemment vécus et perçus par les patients, selon les protocoles) qu'ils engendrent une perturbation corporelle (Annexe 5 à Annexe 10). Cette altération, d'autant plus si elle est confinée à l'incapacité progressive de prendre soin de soi-même, entraîne une humiliation profonde du patient, une détresse comme dans le fait d'avoir besoin de quelqu'un pour se laver, pour s'habiller, pour manger, pour aller aux toilettes qui sont autant de signes de dépendance et de souffrance humiliante.

Parmi les effets secondaires souvent avancés par les patients comme difficiles à supporter, est nommée la fatigue. La fatigue est un symptôme physique fréquemment décrit comme altérant la qualité de vie et l'humeur des patients atteints de cancer. La fatigue survient dans 14% à 96% des personnes atteintes du cancer, en particulier ceux qui reçoivent un traitement pour leur cancer. La fatigue est complexe, et a des causes biologiques et psychologiques, et peut être liée à certains comportements. La fatigue est difficile à décrire et personnes atteintes de cancer peuvent l'exprimer de différentes manières, comme lorsqu'ils disent qu'ils se sentent fatigués, faibles, épuisés, fatigués, usés, lourds, ou ralentis. Les professionnels de santé, quant à eux, peuvent utiliser des termes tels que l'asthénie, la fatigue, la lassitude, de prostration, l'intolérance à l'effort, le manque d'énergie, ou encore la faiblesse pour décrire la fatigue de leurs patients. La fatigue peut être décrite comme une condition qui provoque une détresse et une diminution de la capacité de fonctionner en raison d'un manque d'énergie. La fatigue liée au cancer est souvent décrite comme étant chronique, car elle dure pendant une période de temps et n'est pas complètement améliorée par le sommeil et le repos. Elle peut donc devenir un problème très important dans la vie d'une personne atteinte de cancer (perturbations des activités sociales, professionnelles, familiales, sportives) et altérer son humeur. La particularité de la fatigue est que son évolution est décrite selon une trajectoire s'apparentant à celle de la détresse. En effet, elle suit une trajectoire assez linéaire et augmente au cours des traitements pour ensuite diminuer graduellement.

Par ailleurs, une autre dimension physique à prendre en considération est la douleur, décrite par une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel. Cette définition tient compte des différentes composantes de la douleur : composante sensori-discriminative, composante affectivo-émotionelle et composante cognitive. Ainsi, elle peut se prolonger vers des états émotionnels plus différenciés comme l'anxiété ou la dépression et parallèlement, la détresse peut conférer à la douleur sa tonalité désagréable, pénible voire insupportable. La douleur est un symptôme présent entre 30 et 45% en phase initiale du cancer et de 60 à 90% en phase localement évoluée ou métastatique de la maladie (Larue, Colleau, Brasseur & Cleeland, 1995). 65 à 78% des douleurs sont liées à l'envahissement tumoral (localisation osseuse, compression, infiltration…) (Pillet, 2003). 19 à 25% des douleurs sont liées au traitement, et enfin, 3 à 10% des douleurs sont sans rapport avec le cancer Si la douleur est un problème qui doit être traité pour lui-même, sa prise en charge s'inscrit dans la problématique plus large de la qualité de vie, aux différents stades d'évolution de la maladie cancéreuse et de la détresse émotionnelle qu'elle peut engendrer.

Dimension sociale : les inégalités sociales

L'évocation d'une détresse sociale en cancérologie est de plus en plus marquée (plan cancer 2). La pauvreté et l'isolement social sont généralement associés à de hauts risques de problèmes mentaux. Dans ce contexte, les événements de la vie connectés à une déstabilisation sociale (financière, professionnelle, etc…) voire un « rejet social », apparaissent être liés à des troubles dépressifs. Des études montrent l'existence d'inégalités sociales face au cancer (Cull et al. 1995 ; Holland, 1997 ; Nezu et al., 1999 ; Wellis & Turney, 2001). En effet, pour les patients atteints de cancer, les difficultés sociales concernent le cancer en lui-même, les facteurs liés au traitement, le degré résultant de handicap, la situation sociale précédente et actuelle du patient, le profil émotionnel des personnes impliquées et les réseaux de soutien leur étant disponibles (Wellis & Turney, 2001). Les difficultés sociales contribuent à accroître la détresse psychologique et à réduire le bien-être du patient (Cull et al. 1995 ; Holland, 1997 ; Nezu et al., 1999 ; Thomas et al. 2001).

De plus, au-delà de l'amélioration de la qualité de vie pendant et après le cancer qui est l'une des priorités du Plan Cancer 2, ce dernier a également comme objectif transversal, « *la réduction des inégalités de santé face au cancer, tant en matière de recherche et d'observation pour mieux comprendre et connaître les déterminants des disparités, qu'elles soient géographiques, sociales, culturelles ou économiques, qu'à travers les mesures visant à intervenir pour une meilleure équité dans la prévention, le dépistage, l'accès à des soins de qualité et la vie pendant et après le cancer* », (Plan Cancer, 2010). Les enjeux sont de mieux comprendre les facteurs de risques et mieux connaître les disparités afin d'améliorer la prévention et le dépistage, l'accès aux soins pour tous et la qualité de vie des personnes atteintes L'incidence des cancers en France, comme la mortalité par cancer, présente d'importantes disparités géographiques et sociales.

2. Perspectives et prospectives de recherches

Dans ce contexte, la prise en compte de ces trois facteurs associés à notre protocole de recherche ouvre la voie à de nouvelles études. Ainsi, il pourrait être intéressant d'envisager d'inclure, dans notre modèle d'étude, la dimension de peur de récidive, la dimension corporelle et physique ainsi que celles des inégalités sociales (Figure 21).

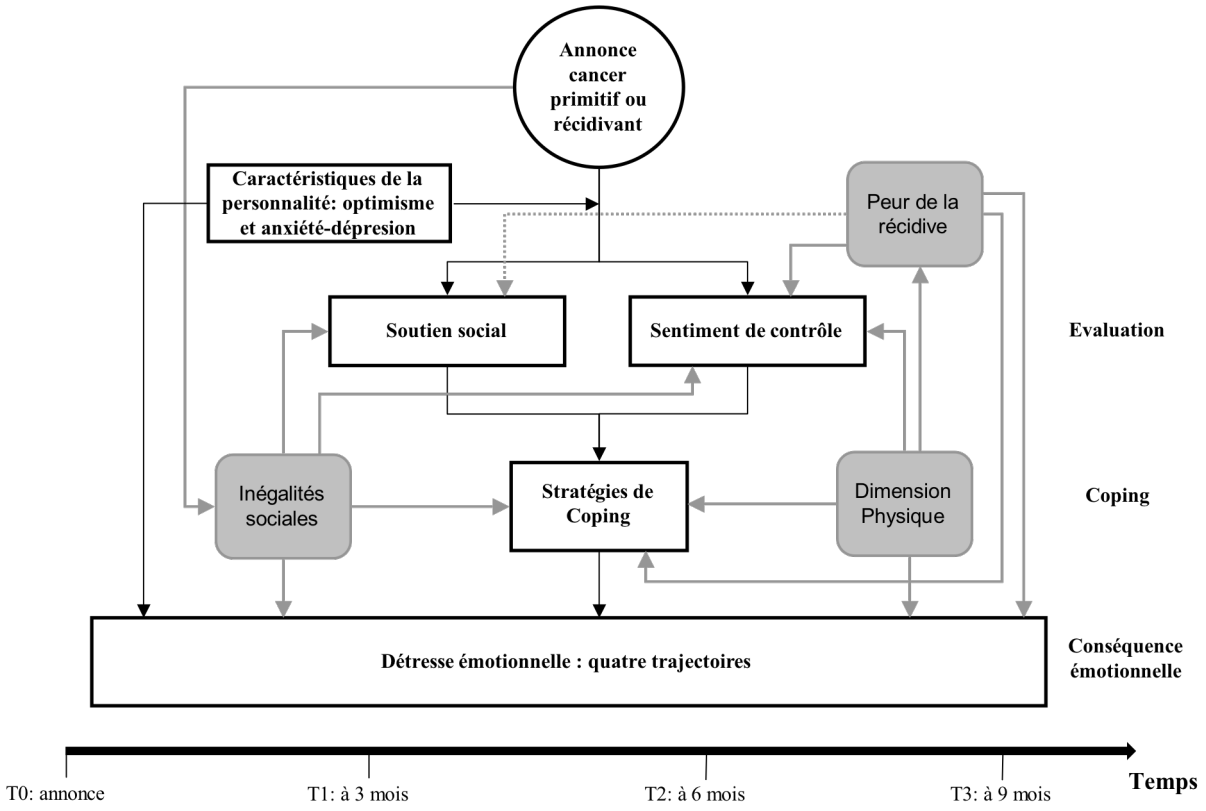


Figure 21 : Proposition d'un « modèle » de la détresse émotionnelle en cancérologie.

Ce modèle pourrait être à la base d'études de trajectoires de détresse de patients confrontés au cancer, afin d'en affiner la spécificité et de saisir plus précisément, les effets directs et indirects des différentes variables sur la détresse.

De plus, il serait pertinent d'étudier, dans un premier temps, des trajectoires de détresse de patients uniquement en situation de récidive cancéreuse et dans un deuxième temps, de pouvoir les comparer à celles des patients confrontés à un cancer primitif.

3. Vers une prise en charge adaptée

Si le bouleversement lié à l'irruption du cancer dans la vie d'un individu en bonne santé représente une donnée stable, en revanche le caractère traumatique de l'expérience de la maladie ne semble pas être une constante. Tous les patients ne traversent pas cette crise émotionnelle et/ou existentielle sous la forme d'une décompensation psychopathologique.

Dans nos sociétés, la santé est devenue notre bien le plus précieux. Les recommandations qui saturent l'espace public viennent nous le rappeler quotidiennement. Car, pour faire reculer le plus possible la maladie et la mort, il faut traquer le risque partout où il existe. Donc, les objectifs des systèmes de santé français sont ceux du dépistage, de l'évaluation, pour une meilleure prise en charge des patients. La France offre à ses citoyens un système de soins de première qualité, reconnue au niveau européen, privilégiant son accessibilité indépendamment du statut socio-économique de la personne malade. Mais, paradoxalement, on dénonce dans notre pays un grand retard dans le champ de la prévention, notamment de la prévention primaire et particulièrement dans le domaine de la cancérologie (INCa, 2008b). Avec le Plan Cancer national des années 2003-2007, un gros effort a été effectué concernant la pratique du dépistage des cancers. Le Plan Cancer 2 s'inscrit aussi dans cette démarche.

En conséquence, à l'issue de ce travail sur les trajectoires, nous devons nous interroger sur la proportion des patients atteints de cancer qui vont développer des troubles et relever d'un besoin d'aide spécifique en réponse à cette crise. Cette recherche présente un intérêt à la fois fondamental et appliqué : elle a permis de mettre en évidence l'existence de trajectoires de détresse différentes et de monter particulièrement que les niveaux de détresse ne sont, contre toute attente, « pas si élevés », alors que l'ensemble de la littérature s'accorde à souligner la persistance d'environ 20% des patients qui présentent encore de la détresse psychologique à un an.

Tout se passe comme, peu de patients (20 à 25 %) présentent ou déclarent un niveau de détresse significatif et peu le maintiennent dans le temps. Ce dernier point suggère des implications pratiques et thérapeutiques diverses, que nous aborderons par la suite. En effet, l'identification des trajectoires de patients permettra éventuellement une prise en charge spécifique de ces derniers. Si les patients « récupérants » semblent représenter le parcours « classiquement » attendu et donc sont bien repérés par les professionnels de terrains, si les

patients dont le niveau de détresse émotionnelle est maintenu élevé et constant durant les mois qui suivent l'annonce d'un cancer sont tout aussi distinguables, les patients de la trajectoire « détresse différée », quant à eux, semblent présenter une particularité plus difficile à appréhender. En effet, ces patients se distinguent dans la profondeur de la relation qu'ils estiment avoir avec une personne significative dans leur vie, personne susceptible de leur procurer du soutien et un sentiment de sécurité, en particulier à la fin des traitements. Ainsi, à partir de l'attention particulière portée sur cette variable, nous pourrions poser un regard vigilant sur ces patients dont on sait qu'ils seraient susceptibles de connaître une détresse qui augmente à la fin des traitements et dsè lors, leur proposer un soutien psychologique adapté.

4. Intérêt de l'évaluation de la détresse émotionnelle en cancérologie

Nous avons développé tout au long de cette étude, les multiples conséquences négatives de la détresse émotionnelle des patients confrontés au cancer. Alors que le constat a été fait par de nombreux auteurs et que les publications sur les difficultés voire les absences de dépistage se multiplient depuis quelques années, il ne semble pas clair pour autant que la mise en acte de ce principe de dépistage soit effective (Holland et al., 2007 ; Jacobsen, 2007 ; Mehnert & Koch, 2005). C'est pourquoi il nous apparaît fondamental d'intégrer au sein des structures d'accueil des patients traités pour un cancer, le principe d'évaluation de la détresse dans le domaine plus global de l'amélioration des pratiques du dépistage en cancérologie. Une telle pratique permettrait d'agir plus précocement auprès des patients présentant des problèmes psycho-oncologiques authentifiés et ainsi, d'anticiper les situations de décompensation d'états de détresse sévères.

Dans le domaine de la recherche en cancérologie, les outils utilisés pour évaluer la détresse émotionnelle des patients sont essentiellement ceux se référant aux mêmes critères psychopathologiques et psychiatriques. Il y a eu des efforts considérables afin de valider les outils qui peuvent aider les cliniciens à identifier la détresse émotionnelle des patients confrontés au cancer (Vodermaier, Linden & Siu, 2009 ; Thekkumpurath et al, 2008). Ces derniers reconnaissent largement l'importance d'évaluer et de prendre en charge les patients en situation de détresse, notamment celle qui s'inscrit dans le temps. Mais nous sommes confrontés à trois types de difficultés : le manque de précisions concernant les définitions diagnostiques des troubles psychopathologiques étudiés, la variété des outils utilisés et l'hétérogénéité des populations étudiées. Dans ce contexte, il pourrait être envisagé un outil

d'évaluation français, qui rende compte de l'ensemble des dimensions de la détresse émotionnelle chez des patients confrontés au cancer, telles que nous les avons définies dans la Figure 21. Dans sa construction, cet outil d'évaluation s'appuierait sur :

- les dimensions de l'anxiété et de la dépression (exemple de l'HAD)
- les douze clusters présentés par le système de critères diagnostiques pour la recherche en psychosomatique
- l'évaluation physique et de la fatigue du patient
- l'évaluation sociale et financière du patient.

Cet outil pourrait être construit sous la forme de ce que l'EORTC a réalisé lorsque cette organisation a créé l'échelle de qualité de vie EORTC-QLQ-C30. Car l'on peut penser que la détresse émotionnelle en cancérologie se distingue de celle rencontrée dans d'autres champs (notamment psychiatrique), qu'elle a une singularité propre. Cet outil prendrait également en compte, la fréquence, l'intensité et la durée des troubles présentés par le patient.

CONCLUSION

La rencontre avec la vie, ses aléas, ses drames, son quotidien charrie son lot de détresse, d'incertitudes, des moments de crise, de peine, des souffrances, des questions. Chaque fois alors, ce sont des périodes de grande vulnérabilité, qui nous laissent désorientés, dépassés, diminués, honteux et coupables le plus souvent. La rencontre avec le réel de la maladie cancéreuse et avec tout cet imaginaire qu'elle suscite engage le malade en ces territoires du fracas, de l'imprévisible, de l'inattendu, où tout pousse le sujet à faire mais aussi à penser et s'inscrire dans une temporalité singulière.

Cette recherche, qui illustre particulièrement cette temporalité, a pu mettre en évidence l'existence de modèles distincts de changement dans le vécu émotionnel des patients confrontés à l'annonce d'un cancer primitif ou récidivant durant les neuf mois qui suivent le diagnostic. Quatre trajectoires de détresse émotionnelle de patients durant les neuf mois qui suivent l'annonce d'un cancer primitif ou récidivant ont été identifiées : trajectoire « résiliente », « détresse différée », « récupérante » et « chronique ».

- La trajectoire « résiliente » (40.01%)[14] dont les patients disposeraient de ressources internes (niveau d'anxiété (névrosisme) bas) qui leur permettent de maintenir des niveaux de détresse stables et bas, et d'éviter d'adopter des stratégies de coping dont le lien avec une moins bonne adaptation au cancer a été montré. Ces résultats semblent soutenir l'idée que des personnes, confrontées à des événements de vie stressants, isolés et potentiellement très perturbateurs comme le diagnostic de cancer, parviendraient à maintenir des niveaux de fonctionnements psychologique et physique relativement stables et sains ainsi qu'à vivre des expériences et des émotions positives reconstructrices.

- La trajectoire « détresse différée » (37.63%) dont les patients percevraient une intensité de relation qui les rassurent, utiliseraient davantage de stratégies de coping adaptées pour faire face aux exigences de la maladie ce qui leur permettrait de maintenir des niveaux d'anxiété bas et stable dans le temps et des niveaux de dépression et de détresse émotionnelle, qui tendent à augmenter légèrement et de façon linéaire durant les trois premiers mois et restent stables et inférieurs aux seuils au-delà. Tout se passerait comme si ces patients étaient

[14] Score total HAD

perturbés, présentaient des éléments dépressifs durant cette période d'adaptation de phase d'annonce et d'entrée dans les soins mais sans qu'elle soit source d'une détresse trop déstabilisante pour eux. Cependant, nos résultats n'ont pas pu montrer une augmentation du niveau de détresse des patients de cette trajectoire au-delà des trois mois, soutenant l'idée de l'existence de réactions « après-coup ». Cette réaction « après-coup » viendrait signifier pour ces patients, la manifestation d'une peur de la récidive, couplée parfois à des effets secondaires qui persistent dans le temps et qui peuvent être sources de manifestations d'éléments dépressifs, de se sentir « être un survivant du cancer » et également de perdre un certain sentiment de sécurité que donne la structure médicale dans laquelle ils sont soignés.

- La trajectoire « récupérante » (19.58%) dont les patients se distingueraient des patients des autres trajectoires par la perception, en moyenne, d'une plus grande de profondeur de la relation avec un proche. Ce soutien « inconditionnel » et stable semble donner aux patients un sentiment de sécurité qui leur permet de retrouver un niveau de fonctionnement physique et psychique « normal » dans le temps, alors que le niveau de détresse intial augmente durant les trois premiers mois. Cette trajectoire « récupérante » est souvent décrite comme la voie « classiquement » retrouvée qui décrit le parcours des patients durant l'année qui suit l'annonce d'un diagnostic de cancer et montrant l'amélioration des symptômes dans le temps, particulièrement après la fin des traitements. Ayant « cédé » temporairement au seuil de psychopathologie au moment de l'annonce et durant la phase de traitement, les patients retrouveraient un certain niveau de fonctionnement « normal », tant sur le plan psychique que sur le plan somatique dans les mois qui suivent. Cependant, nos résultats n'ont pas pu montrer une diminution du niveau de détresse des patients de cette trajectoire au-delà des trois mois.

- La trajectoire « chronique » (2.77%) dont les patients présentent une détresse élevée et constante durant toute la période d'étude. Les patients de cette trajectoire « chronique » disposeraient de moins bonnes ressources personnelles et sociales (névrosisme (dépression) élevé et pessimisme), les conduisant à développer des stratégies combatives plus importantes pour lutter contre un vécu dépressif interne fort. Cependant, ces stratégies s'avèrent épuisantes et peu efficaces puisque ces patients ont un niveau de détresse élevé et maintenu durant toute la période d'étude. Nos résultats viennent alimenter les interrogations de nombreux chercheurs sur l'existence de réactions pathologiques chroniques et d'une symptomatologie anxieuse ou dépressive en amont du diagnostic de cancer qui pose la

question de la frontière entre le normal et le pathologique dans des situations d'événements hautement stressants telles que l'annonce d'un cancer.

S'il apparaît que ce soit davantage les variables de personnalité qui distinguent les patients des trajectoires « résiliente » et « chronique », ce serait la profondeur du soutien social qui différencierait particulièrement ceux des trajectoires « détresse différée » et « récupérante ». Les stratégies de coping adoptées seraient alors différentes : les patients de la trajectoire « résiliente » (ainsi que ceux du groupe « différé ») adopteraient moins de stratégies de coping « impuissance-désespoir » et « préoccupations anxieuses », que les patients des groupes « récupérants » et « chroniques », ces derniers privilégiant davantage les stratégies de coping « esprit combatif ». Cependant, cette étude n'a pas pu mettre en évidence de résultats significatifs concernant la variable « sentiment de contrôle » qui est apparue comme une variable déterminante dans les études sur les trajectoires. Concernant la récidive cancéreuse, les patients présentant un cancer primitif seraient plus pessimistes mais moins anxieux que les patients confrontés à une récidive cancéreuse quelle que soit la trajectoire dans laquelle ils s'inscrivent. Ils auraient tendance à présenter une attribution causale plus importante que les patients en situation de récidive cancéreuse et percevraient une plus grande profondeur de la relation. Les patients en situation de récidive cancéreuse, quant à eux, auraient tendance à adopter en moyenne davantage de stratégies de coping « préoccupations anxieuses ».

Les résultats de cette recherche conduisent à d'autres réflexions renvoyant à la clinique du sujet car il apparaît que l'événement, comparable pour chacun, en l'occurrence l'annonce d'une maladie cancéreuse, aurait de bien multiples voies de résolution et non une seule.

Au moment de conclure ce travail, revenons vers ceux et celles qui ont permis de rendre possible cette recherche. La confrontation au cancer engendre une crise spirituelle, dans sa foi, dans cette capacité à penser sa « non-immortalité ». Elle représente une des formes les plus édifiantes de l'expérience du tragique pour le malade, mais aussi pour les proches et les équipes soignantes qui accompagnent le patient, du tragique mais aussi du scandale. Pour mieux saisir le sens de ces termes, souvent rencontrés dans le discours des personnes concernées par la maladie cancéreuse, rapprochons-nous de leurs racines étymologiques. Etymologiquement, le mot « scandale » vient du bas latin « *scandalum* » et du grec « *skandalon* » qui ont pour sens « obstacle, pierre d'achoppement ». Le mot « tragique », quant à lui, est plus subtil dans son sens. Du latin « *tragoedia* » et issu du grec ancien « τραγ□δία, *tragodia* », il fait référence au « chant du bouc », le chant religieux qui

accompagnait le sacrifice du bouc aux fêtes de Dionysos, « le deux fois né ». Dans le panthéon grec, Dionysos est un dieu à part : c'est un dieu errant, un dieu de nulle part et de partout. À la fois vagabond et sédentaire, il représente la figure de l'autre, de ce qui est différent, déroutant, déconcertant, anomique. « *Le retour de Dionysos chez lui à Thèbes, s'est heurté à l'incompréhension et a suscité le drame aussi longtemps que la cité est demeurée incapable d'établir le lien entre les gens du pays et l'étranger, entre les autochtones et les voyageurs, entre sa volonté d'être toujours la même, de demeurer identique à soi, de se refuser à changer, et, d'autre part, l'étranger, le différent, l'autre* », (Vernant, 1999, p.190). Dionysos est surtout le père de la comédie et de la tragédie (du grec τράγος / *trágos*, « bouc »). Ces dernières étaient au départ des sortes d'« illustrations » du culte, qui se donnaient au théâtre grec au cours des Dionysies, en présence de ses prêtres. Elles avaient une forme littéraire scandée particulière, le « dithyrambe » (éloge, apologie, louange). Les chants et musiques dionysiaques font appel aux percussions et aux flûtes. Ils sont dissonants, syncopés, provoquent la surprise et parfois l'effroi. Dionysos, dieu de l'ivresse et de l'extase est celui qui permet à ses fidèles de dépasser la mort. Ainsi, « scandale » et « tragique » éveillent des connotations liées à ce qui percute, ce qui fait surprise, ce qui fait effroi, mais aussi ce qui fait dépasser la mort, et à ce qui « nait deux fois ».

Et on imagine combien la temporalité est défiée dans cette traversée de la maladie, combien le temps qui passe n'a plus la même durée, la même saveur, le même prix. Kant (1785) soulignait que « *ce qui a un prix peut être remplacé par quelque chose d'autre, à titre d'équivalent ; au contraire, ce qui est supérieur à tout prix, et par suite n'admet pas d'équivalent, c'est ce qui a une dignité…* ». Quel plus bel empanache pourrait-on donner à la valeur de la vie….

BIBLIOGRAPHIE

Aapro, M., & Cull, A. (1999). Depression in breast cancer patients: the need for treatment. *Annals of Oncology*, *10*(6), 627-636.

Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., & Bergman, B. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international trials in oncology. *Journal of National Cancer Institute*, *85*, 365-376.

Aass, N., Fossa, S.D., Dahl, A.A., & Moe, T.J. (1997). Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *European Journal of Cancer, 33*(10): 1597-1604.

Aarstad, H.J., Aarstad, A.K.H., Birkhaug, E.J. Bru, E., & Olofsson J. (2003). The personality and quality of life in HNSCC patients following treatment. *European Journal of Cancer*, 39, 1852-1860.

Allen, J.D., Savadatti, S., & Levy, A.G. (2009). The transition from breast cancer "patient" to "survivor". *Psycho-Oncology*, *18*(1): 71-78.

Anagnostopoulos, F., Kolokotroni, P., Spanes, E., & Chryssochoou, M. (2006). The mini-mental adjustment to cancer (mini-Mac) scale: construtu validation with a greek sample of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15: 79-89.

Aïach P. (1980). Peur et image de la maladie : l'opposition cancer/maladies cardiaques, *Bulletin du cancer*, *67*(2): 183-90.

Akechi, T., Kuygaya, A., Okamura, H., Nishiwaki, Y., Yamawaki, S., & Uchitomi, Y. (1998). Predictive factors for psychological distress in ambulatory lung cancer patients. *Support Care Cancer, 6*, 281-286.

Akechi, T., Okamura, H., Yamawaki, S., & Uchitomi, Y. (1998). Predictors of patients'mental adjustment to cancer: Patient characteristics and social support. *British Journal of Cance*r, *77*, 2381-2385

Akechi, T., Fukue-Saeki, M., Kugaya, A., Okamura, H., Nishiwaki, Y., Yamawaki, S., & Uchitomi, Y. (2000). Psychometric properties of Japanese version of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale. *Psycho-Oncology*, *9*, 395-401

Akechi, T., Okamura, H., Nishiwaki, Y., & Uchitomi, Y. (2001). Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma : a longitudinal study. *Cancer*, *92*, 2609-2622.

Akechi, T., Okuyama, T., Akizuki, N., Azuma, H., Sagawa, R., Furukawa, T. A., & Uchitomi, Y. (2006). Course of psychological distress and its predictors in advanced non-small cell lung cancer patients. *Psycho-Oncology, 15*, 463-473.

Akizuki, N., Akechi, T., Nakanishi, T., Yoshikawa, E., Okamura, M., Nakano, T., Murakami, Y., & Uchitomi, Y. (2003). Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer*, *15*(10), 2605-2613.

Al-Azri, M., Al-Awisi, H., & Al-Moundhri, M. (2009). Coping with a diagnosis of breast cancer. Literature review and implications for developing countries. *The Breast Journal*, *15*(6), 615-622.

Albrecht, T.L., & Burleson, B.R. (1992). Meaning and Method in the Study of Communication and Social Support. *Communication Research*, *19*(2): 149-153.

Albrecht, T. L., Burleson, B. R., & Goldsmith, D. (1994). Supportive communication. *In*: M. L. Knapp & G. R. Miller (Eds.), *Handbook of interpersonal communication.* 2nd ed., 419-449. Thousand Oaks, CA: Sage.

Alexander F. (1963). Psychosomatic medicine: its principles and applications. New York: WW Norton.

Alfano, C.M., & Rowland, J.H. (2006). Recovery issues in cancer survivorship: a new challenge for supportive care. *Cancer Journal, 12*(5), 432-443.

Alferi, S.M., Carver, C.S., Antoni, M.H., Weiss, S., & Duran, R.E. (2001). An exploratory study of social support, distress, and life disruption among low-income Hispanic women under treatment for early stage breast cancer. *Health Psychology*, *20*(1), 41-46.

Allport, G. (1937). Personality: a psychological interpretation. New York : Holt H. & Compagny.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington: Author.

A.N.A.E.S. (2000). Suivi psychologique des patients ayant été traité pour un cancer du sein non métastasé. Paris, Editions E.D.K.

Anagnostopoulos F., Kolokotroni P., Spanea E., & Chryssochoou M. (2006). The Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) scale: construct validation with a Greek sample of breast cancer patients. *Psycho-oncology*, *1*, 79-89.

Andersen, B.L., Carpenter, K.M. Yang, H.C., & Shapiro, C.L. (2005). Sexual Well-Being Among Partnered Women With Breast Cancer Recurrence. *Journal of Clinical Oncology*, *25*(21), 3151-3157.

Andruff, H., Carraro, N., Thompson, A., Gaudreau, P., & Louvet, B. (2009). Latent class growth modelling: a tutorial. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, *5*(1), 11-24

Andrykowski, M.A., Curran, S.L., Studts, J.L., Cunningham, L., Carpenter, J.S., Mc Grath, P.C., Sloan, D.A., & Kenady, D.E. (1996). Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign breast problems: a controlled comparison. *Journal of Clinical Epidemiology, 49*(8), 827-834.

Andrykowski, M.A., & Cordova, M.J. (1998). Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer: test of the Andersen model. *Journal of Traumatic Stress*, *11*(2), 189-203.

Andrykowski, M.A., Lykins, E., & Floyd, A. (2008). Psychological health in cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, *24*(3), 193-201.

Antoni, M.H., Lechner, S.C., Kazi, A., Wimberly, S.R., Sifre, T., Urcuyo, K.R., Phillips, K., Gluck, S., & Carver, C.S. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(6), 1143-1152.

Arora, N.K., Finney-Rutten, L.J., Gustafson, D.H., Moser, R., & Hawkins, R.P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *16*(5), 474-486.

Aspinwall, L.G. (2003). Proactive coping, wellbeing, and health. In *The International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. Oxford: Editions. NJ Smelser, PB Baltes, Elsevier.

Aspinwall, L.G., & Clark, A. (2003). Taking positive changes seriously: toward a positive psychology of cancer survivorship and resilience. *Cancer, 104*(11), 2549-2556.

Aspinwall, L.G., & Richter, L. (1999). Optimism and self-mastery predict more rapid disengagement from unsolvable tasks in the presence of alternatives. *Motivation and Emotion, 23*(3), 221-245.

Aspinwall, L.G., & Taylor, S.E. (1997). A stitch in time: self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin, 121*, 417-436.

Aspinwall, L.G., Sechrist, G.B. & Jones, P.R. (2005). Expect the Best and Prepare for the Worst: anticipatory Coping and Preparations for Y2K. *Motivation and Emotion*, 29(4), 357-388.

Ashbury, F. D., Findlay, H., Reynolds, B., & McKerracher, K. A. (1998). Canadian survey of cancer patients' experiences: are their needs being met ? *Journal of Pain and Symptom Management,* 16(5), 298-306.

Atesci, F. C, Baltalarli, B., Oguzhanoglu, N. K., Karadag, F., Ozdel, O., & Karagoz, N. (2004). Psychiatrie morbidity among cancer patients and awareness of illness. *Supportive Care Cancer, 12(3),* 161-167.

Augé, M. (1984). Ordre biologique, Ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement. In *Le sens du mal*. Paris : Éditions des archives contemporaines, 35-91.

Avis, N.E., Smith, K.W., Mc Graw, S., Smith, R.G., Petronis, V.M., & Carver, C.S. (2005). Assessing Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS). *Quality of Life Research*, *14*(4),1007-1023

Badger, T.A., Braden, C.H., Mishel, M.H., & Longman, A. (2004). Depression burden, psychological adjustment, and quality of life in women with breast cancer: Patterns over time. *Research in Nursing and Health*, 27, 19-28.

Baider, L., & De Nour, A.K. (1997). Psychological distress and intrusive thoughts in cancer patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*(5), 346-348.

Baider, L., Ever-Hadani, P., & Kaplan De-Nour, A.K. (1999). Psychological distress in healthy women with familial breast cancer: Like mother, like daughter?. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 29*(4), 411-420.

Baider, L., Ever-Hadani, P., Goldzweig, G., Wygoda, M.R., & Perez, T. (2003). Is perceived family support a relevant variable in psychological distress? A sample of prostate and breast cancer couples. *Journal of Psychosomatic Research, 55*(5), 453-460.

Baker, F., Denniston, M., Smith, T., & West, M.M. (2005). Adult cancer survivors: how are they faring?. *Cancer, 104*(11), 2565-2576.

Barbier, R. (2006). Écoute sensible et transversalité dans la formation des personnels en soins palliatifs. *Médecine palliative*, 5, 245-247.

Bardwell, W.A., Natarajan, L., Dimsdale, J.E., Rock, C.L., Mortimer, J.E., Hollenbach, K., & Pierce, J.P. (2006). Objective Cancer-Related Variables Are Not Associated With Depressive Symptoms in Women Treated for Early-Stage Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *24*(16), 2420-2427.

Barez, M., Blasco, T., Fernandez-Castro, J., & Viladrich, C. (2007). A structural model of the relationships between perceived control and adaptation to illness in women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology, 25,* 21-43.

Barreau, B. (1999). Essai sur les représentations profanes dans le dépistage du cancer du sein, mémoire de DEA d'Anthropologie, option Anthropologie bio-culturelle, Aix-en-Provence.

Barrera, M. (1986). Distinctions between Social Support Concepts, Measures, and Models. *American Journal of Community Psychology*, *14*, 413-445.

Batson, C.D., Sager, K., Garst, E., Kang, M., Rubchisnky, K., & Damson, K. (1997). Is empathy-induced help due to self–other merging? *Journal of Personality and Social Psychology*, *73*, 495-509.

Bazana, P.G., & Stelmack, R.M. (2004). Stability of personality across the life span: a meta-analysis. *In:* On the psychobiology of personality: Essays in honor of Marvin Zuckerman. Stelmack RM, editor. 1st ed. Ottawa, Canada/Oxford, UK: Elsevier, 113-144.

Becvar, D.S. (2005). Cancer in context: a commentary. *Families, Systems & Health, 23(2)*, 148-154.

Bellizzi, K.M., & Blank, T.O. (2006). Predicting Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors. *Health Psychology*, *25*(1), 47-56.

Bennettt, G., & Badger, T.A. (2005). Depression in men with prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32:545-56.

Ben-Zur, H. (1999). The effectiveness of coping meta-strategies: Perceived efficiency, emotional correlates and cognitive performance. *Personality and Individual Differences,* 26, 923-939.

Ben-Zur, H., Gilbar, O., & Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: patient, spouse, and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, *63*, 32-39.

Bérard, R.M., Boermeester, F., & Viljoen, G. (1998). Depressive disorders in an out-patient oncology setting : prevalence, assessment, and management. *Psycho-Oncology, 7*(2), 112-120.

Berger, G. (1964). *Phénoménologie du temps et prospective*. Paris: PUF.

Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77.

Black, E.K., & White, C.A. (2005). Fear of recurrence, sense of coherence and posttraumatic stress disorder in hematological cancer survivors. *Psycho-Oncology, 14(*6*),* 510-515.

Blank, T.O., & Bellizzi, K.M., (2006). After prostate cancer: predictors of well-being among long-term prostate cancer survivors. *Cancer*, *106*(10), 2128-2135.

Bleiker, E.M.A., Pouwer, F., Van der Ploeg, H.M., Leer, J.W.H., & Ader, H.J. (2000). Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: frequency and prediction. *Patient Education and Counseling*, 40, 209-217

Bloom, J.R. (2008). Improving the health and well-being of cancer survivors: past as prologue. *Psycho-Oncology, 17,* 525-532.

Bloom, J.R., Petersen, D.M., & Kang, S.H. (2007). Multi-dimensional quality of life among long-term (more than five years) adult cancer survivors. *Psycho-Oncology, 16*, 691-706.

Bloom, J.R., Stewart, S.L., Chang, S., & Banks, P.J. (2004). Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology, 13*, 147-160.

Bloom, J.R. & Spiegel, D. (1984). The relationship of the two dimensions of social support to the well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social Science and Medicine, 19*, 831-837.

Boer, P.M. (1996). The development of resilience: Reported by survivors of breast cancer. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, *56*(8A), 2968.

Bolger, N., Foster, M., Vinokur, A.D. & Ng, R. (1996). Close relationships and adjustment to a life crisis: the case of breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*(2), 283-294.

Bonanno, G.A. & Field, N.P. (2001). Examining the delayed grief hypothesis across 5 years of bereavement. *American Behavioral Scientist*, *44*, 798-816.

Bonanno, G.A., Wortman, C.B., Lehman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M., Sonnega, J. & Nesse, R.M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*, 1150-1164.

Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59,* 20-28.

Bonanno, G.A., Rennicke, C. & Dekel, S. (2005). Self-enhancement among high-exposure survivors of the September 11th terrorist attack: Resilience or social maladjustment? *Journal of Personality and Social Psychology*, *88*, 984-998.

Bonanno, G.A., Galea, S., Bucciarelli, A. & Vlahov, D. (2007). What Predicts Psychological Resilience After Disaster? The role of demographics resources and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(5), 671-682.

Bonanno, G.A., & Mancini, A.D. (2010). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. Advance online publication. doi: 10.1037/a0017829.

Boscaglia, N., & Clarke, D.M. (2007). Sense of coherence as a protective factor for demoralization in women with a recent diagnosis of gynaecological cancer. *Psycho-Oncology*, *16*(3), 189-195

Botteri, E., Iodice, S., Bagnardi, V., Raimondi, S., Lowenfels, A.B., & Maisonneuve, P. (2008). Smoking and Colorectal Cancer: a meta-analysis. *Journal of American Medical Association*, *300*(23), 2765-2778.

Boucher, K., & Laprise, R. (2001). Le soutien social selon une perspective communautaire. In F. Dufort et J. Guay (Éd.), *Agir au cœur des communautés. La psychologie communautaire et le changement social.* Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1979). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London: Tavistock Publications.

Bower, J.E., Ganz, P.A., Desmond, K., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., & Berlin, T.R. (2000). Fatigue in breast cancer survivors : occurrence, correlates and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, *18*, 743-753.

Bower, J.E., Meyerowitz, B.E., Desmond, K.A., Bernaards, C.A., Rowland, J. H. ,& Ganz, P.A. (2005). Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast

cancer: predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, *29*, 236-245.

Brédart, A., Didier, F., Robertson, C., Scaffidi, E., Fonzo, D., Costa, A., Goldhirsch, A., & Autier, P. (1999). Psychological distress in cancer patients attending the European Institute of Oncology in Milan. *Oncology, 57*(4), 297-302.

Brédart, A., Razavi, D., Roberson, C., Didier, F., Scaffidi, E., Fonzo, D., Autier, P. & De Haes, H. C. J. (2001). Assessment of quality of care in an oncology institute using information on patients' satisfaction. *Oncology*, *61*, 120-128.

Brédart, A., Dolbeaut, S., & Razavi, D. (2009). Psycho-Oncology. In :World Cancer Report 2008 of IARC (International Agency for Research on Cancer), 1(9), 82-91.

Breen, S.J., Baravelli, C.M., Schofield, P.E., Jefford, M., Yates, P.M. & Aranda, S.K. (2009). Is symptom burden a predictor of anxiety and depression in patients with cancer about to commence chemotherapy? *The Medical Journal of Australia*, *190*(7), 99-104.

Breitbart, W., Bruera, E., Chochinov, H., & Lynch, M. (1995). Neuropsychiatric syndromes and psychological symptoms in patients with advanced cancer. *Journal Pain Symptom Manage*, *10*, 131-141.

Breitbart W. (1995). Identifying patients at risk for and treating major psychiatric complications of cancer. *Supportive Care in Cancer*, *3*, 45-60.

Breitbart, W. & Cohen, K. (2000). Delirium in the terminally ill. *In* Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine. Oxford University Press.

Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer-coping or personal transition?. *Psycho-Oncology*, 10: 1-18.

Brothers, B.M., & Andersen, B.L. (2008). Hopelessness as a predictor of depressive symptoms for breast cancer patients coping with recurrence. *Psycho-Oncology, 18,* 267-275.

Bruchon-Schweitzer, M.L. & Dantzer, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : PUF, 1ère Edition.

Bruchon-Schweitzer, M.L., Cousson-Gélie, F., Tastet, S., & Bourgeois, M.L. (1998). Cancers et depression: approche de la psychologie de la santé. *L'Encéphale 2(hors série)*: 2-14.

Bruchon-Schweitzer, M.L. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.

Buckley, T., Blanchard, E.B., & Hickling, E.J. (1996). A prospective examination of delayed onset PTSD secondary to motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, *105*, 617-625.

Bukberg, J., Penman, D., & Holland, J.C. (1984). Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, *46*(3), 199-212

Bultz, B. D., & Carlson, L. E. (2005). Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care. *Journal of Clinical Oncology, 23*(26), 6440-6441.

Burda, P.C. &Vaux, A. (1987). The social support in men: Overcoming sex-role obstacles. *Human Relations*, *40*, 31-44.

Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five year observational cohort study. *British medical journal*, *330*(7493), 702-705.

Burleson, M. H., Poehlmann, K.M., Hawkley, L.C., Ernst, J.M., Berntson, G.G., Malarkey, W.B., Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R. & Cacioppo, J.T. (2003). Neuroendocrine and cardiovascular reactivity to stress in mid-aged and older women: Long-term temporal consistency of individual differences. *Psychophysiolog*y, *40*(3), 358-369

Bush, N.E., Haberman, M., Donaldson, G. & Sullivan, K.M. (1995). Quality of life of 125 adults surviving 6-18 years after bone marrow transplantation. *Social Science & Medicine, 40*(4), 479-490.

Carey, R.C. (1974). Emotional adjustment in terminal patients. *Journal of Counseling Psychology, 21*(5), 433-439.

Carlson, L. E., & Bultz, B. D. (2003). Cancer distress screening. Needs, models, and methods. *Journal of Psychosomatic Research, 55*(5), 403-409.

Carlson, L. E., Aangen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., Macrae, J. H., Martin, M., Pelletier, G., Robinson, J., Simpson, J. S. A., Speca, M., Tillotson, L. & Bultz, B. D. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer, 90*(12), 2297-2304.

Caron, J., Latimer, E. & Tousignant, M. (2007). Predictors of psychological distress in low income populations of Montreal. *Canadian Journal of Public Health, 98*, 35-44

Carroll, B.T., Kathol, R.G., Noyes, R.; Wald, T.G. & Clamon, G.H. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *General Hospital Psychiatry*, 15(2), 69-74.

Carvers, C.S. & Antoni, M.H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychol 23(*6): 595-598.

Carver, C.S., & Scheier, M.F. (2005). Optimism. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*, *18*, 231-243. London: Oxford Univ. Press.

Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: Aa theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*(2), 267-283.

Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S. Ketcham, A.S., Moffat, F.L., & Clark, K. (1993). How Coping Mediates the Effect of Optimism and Distress: a Study of Women With Early Stage Breast Cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*(2), 375-390.

Carver, C. S., Harris, S. D., Lehman, J. M., Durel, L. A., Antoni, M. H., Spencer, S. M., & Pozo-Kaderman, C. (2000). How important is the perception of personal control? Studies of early stage breast cancer patients. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *26*, 139-150.

Carver, C.S., Smith, R.G., Antoni, M.H., Petronis, V.M., Weiss, S., & Derhagopian, R.P. (2005). Optimistic Personality and Psychosocial Well-Being during Treatment Predict Psychosocial Well-Being Among Long-Term Survivors of Breast Cancer. *Health Psychology*, *25*(5), 508-516.

Carver, C.S., Smith, R.G., Petronis, V.M., & Antoni, M.H. (2006). Quality of life among long-term survivors of breast cancer: different types of antecedents predict different classes of outcomes. *Psycho-Oncology*, *15*(9), 749-758.

Cassileth, B.R, Lusk, E.J. & Miller, D.S. (1985). Psychological correlates of survival in advanced malignant disease *? New England Journal Medicine*, *312*, 1551-1555

Casso, D., Buist, D.S.M., & Taplin, S. (2004). Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health and Quality of Life Outcomes*, *2*(1), 1-25.

Cavro, E, Bungener, C. & Bioy, A. (2005). Le syndrome de Lazare : une problématique de la rémission. Réflexions autour de la maladie cancéreuse chez l'adulte. *Revue francophone de psycho-oncologie*, *4*(2),74-79.

Cayrou, S., & Dickès, P. (2002). Manuel de validation de la Version française de l'échelle d'ajustement mental au cancer (Mental Adjustment to cancer). Paris: Editions et Applications Psychologiques.

Cayrou, S., & Dickès, P., Gauvain-Piquard, A., & Rogé, B. (2003). The Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale: French replication and assessment of positive and negative adjustment dimensions. *Psycho-oncology, 12(1)*, 8-23.

Cayrou, S., & Dickès, P. (2008). Les facteurs associés à l'ajustement mental des malades du cancer. Un exemple d'utilisation de la MAC. *In* : La vie deux ans après le diagnostic de cancer. La Documentation française, DRESS-INSERM, collection Etudes et statistiques, 2008.

Cella, D. F., Mahon, S. M., & Donovan, M. I. (1990). Cancer recurrence as a traumatic event. *Behavioral Medicine, 16(7),* 15-22.

Cerclé, A. & Somat, A. (1999). *Manuel de psychologie sociale.* Paris : Dunod.

Chanal, B. (2004). Malade, familles et équipes soignantes face au cancer digestif en phase palliative. *Gastroenterology Clinical Biology*, *28*, 31-38.

Chantler, M., Podbilewicz-Schuller, Y. & Mortimer, J. (2005). Change in need for psychosocial support for women with early stage breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, *23*(2/3), 65-78.

Chaturvedi, S. K. & Venkateswaran, C. (2008). New research in psycho-oncology. *Current Opinion in Psychiatry*, *21*(2), 206-210.

Chesney, M., Folkman, S. & Chambers, D. (1996). Coping effectiveness training for men living with HIV: preliminary findings. *International Journal of STD & AIDS*, 2, 75-82.

Chochinov, M.H. (2001). Depression in cancer patients. *Lancet Oncology*, 2, 499-506

Choi, T.K., Lai, E.C.S., Fan, S.T, Mok, F.P.T. & Wong J. (1990). Results of surgical resection for hepatocellular carcinoma. *Hepatogastroenterology*, *37*, 172-175.

Christensen, S., Zachariae, R., Jensen, A.B., Vaeth, M., Moller, S., Ravnsbaek, J. & Von der Maase, H. (2008). Prevalence and risk of depressive symptoms 3–4 months postsurgery in a nationwide cohort study of Danish women treated for early stage breast-cancer. *Breast Cancer Research Treatment*, *13*(2), 339-355

Classen, C., Koopman, C., Angell, K. & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, *15(6)*, 434-437.

Cohen, S.R. & Mount, B.M.. (2000). Living with cancer: "Good" days and "bad" days-What produces them?. *Cancer*, *89*(8), 15:1854-1865.

Cohen, S.R. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310-357

Connell, S., Patterson, C, & Newman, B. (2006). Issues and concerns of young Australian women with breast cancer. *Supportive Care in Cancer, 14*(5), 419-426.

Conroy, T, Rauch P. & Guillemin, F. (1999) Qualité de vie des malades atteints de cancer colorectal. *Gastro-entérologie Clinique et Biologique*, *23*, 489-501.

Costa, P.T. & Mc Crae, R.R. (1985). The NEO Personality Inventory manual. Odessa, FL: *Psychological Assessment Resources*.

Costa, P.T. & Mc Crae, R.R. (1988). Personality in adulthood: A six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 853-863.

Costa, P.T. & Mc Crae, R.R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, *4*(1), 5-13.

Costanzo, E. S., Lutgendorf, S. K., Mattes, M. L., Trehan, S., Robinson, C. B., Tewfik, F., & Roman, S. L. (2007). Adjusting to life after treatment: Distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer, 97,* 1625-1631.

Costello, D.M., Swendsen, J., Rose, J.S., & Dierker, L.C. (2008). Risk and protective factors associated with trajectories of depressed mood from adolescence to early adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(2), 173-183.

Cotton, S.P., Levine, E.G., Fitzpatrick, C.M., Dold, K.H. & Targ, E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *8*(5), 429-438.

Cottraux, J. (2001). La répétition des scénarios de vie - Demain est une autre histoire, O. Jacob.

Cotrim, H. & Pereira, G. (2008). Impact of colorectal cancer on patient and family: Implications for care. *European Journal of Oncology Nursing*, *3*, 217-26.

Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Nuissier, J., & Rascle, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping: validation française de la W.C.C. *Psychologie Française 41*(2), 155-164.

Cousson-Gélie, F. (1997). *L'évolution différentielle de la maladie et de la qualité de vie de patientes atteintes d'un cancer du sein : rôle de certains facteurs psychologiques, biologiques et sociaux. Une étude semi-prospective en psychologie de la santé*. Thèse. Université de Bordeaux 2, Bordeaux.

Cousson-Gélie, F. (2000). Breast cancer, coping and quality of life: a semi-prospective study. *European Reviews of Applied Psychology, 50,* 315-320.

Cousson-Gélie, F. (2001a). Rôle de certains facteurs psychosociaux dans la genèse et l'évolution des cancers du sein. In M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (Eds.), *Personnalité et Maladies. Stress, coping et ajustement,* 47-73. Paris, Dunod.

Cousson-Gélie, F. (2001b). Stratégies de coping élaborées pour faire face à une maladie grave : l'exemple des cancers. *Recherche en soins infirmiers 67*(12), 99-105.

Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Dilhuydy, J.M., & Jutand, M.A. (2007). Do Anxiety, Body Image, Social Support and Coping Strategies Predict Survival in Breast Cancer? A Ten-Year Follow-Up Study. *Psychosomatics* 48(3), 211-216.

Cousson-Gélie, F., Irachabal, S., Bruchon-Schweitzer, M., Dihuldy, J.M. & Lakja, F. (2005). Dimensions of cancer locus of control scale as predictors of psychological adjustment and survival in breast cancer patients. *Psychological Reports, 97(3)*, 699-711.

Cousson-Gélie, F. (2006). Le processus de coping et son application à l'ajustement au cancer du sein : approches en psychologie de la santé. Habilitation à diriger des recherches, Université Victor Segalen Bordeaux 2, UFR des Sciences de l'Homme, Laboratoire de psychologie- EA3662

Cousson-Gélie, F., Barrault, M., De Castro, S., Segrestan, C., Quintric, C., Vega, A., Soum-Pouyalet, F., Giacomoni, C., Bussières, E., Tunon de Lara, C., Delefortrie, J., Rousvoal, A. & Avril, A. (2009). Perception du moral par les patients et les soignants. Impact des facteurs psychologiques et sociaux sur la qualité de vie et l'évolution du cancer du sein, Rapport final pour l'Institut National du Cancer et le Laboratoire Lilly.

Coventry, W.L., Gillespie, N.A., Heath, A.C. & Martin, N.G. (2004). Perceived Social Support in a Large Community Sample : Age and Sex Differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*, 625-636.

Coyne, J. C., Palmer, S. C., Shapiro, P. J., Thompson, R., & De Michele, A. (2004). Distress, psychiatric morbidity, and prescriptions for psychotropic medication in a breast cancer waiting room sample. *General Hospital Psychiatry, 26,* 121-128.

Cull, A., Stewart, M., & Altman, D. G. (1995). Assessment of and intervention for psychosocial problems in routine oncology practice. *British Journal of Cancer*, 72, 229-235.

Curran, P. J. & Willoughby, M. T. (2003). Implications of latent trajectory models for the study of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, *15*, 581-612.

Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob.

Dupéré,V. Lacourse, E., Vitaro, F. & Tremblay, R.E. (2010). « Méthodes d'analyse du changement fondées sur les trajectoires de développement individuel », *Bulletin de méthodologie sociologique*, *95*. Disponible sur : http://bms.revues.org/index408.html.

Dahl, A.A., Haaland, C.F., Mykletun, A., Bremnes, R., Dahl, O., Klepp, O., Wist, E. & Fossa, S.D. (2005). Study of anxiety disorder and depression in long-term survivors of testicular cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *23*, 2389-2395.

Dalgard, O.S., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barwuero, L. ., Casey, P., Wilkinson, G., et al. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 444-451.

Dalton, S.O., Boesen, E.H., Ross, L., Schapiro, I.R. & Johansen, C. (2002). Mind and cancer: do psychological factors cause cancer?. *European Journal of Cancer*, *38*(10), 1313-1323.

Dalton, S.O., Schüz, J., Engholm, G., Johansen, C., Krüger-Kjaer, S., Steding-Jessen, M., Storm, H.H., & Olsen, J.H. (2008). Social inequality in incidence of and survival from cancer in a population-based study in Denmark, 1994–2003: Summary of findings. *European Journal of Cancer*, *44*(14), 2074-2085.

Danhauer, S.C., Crawford, S.L., Farmer, F. & Avis, N.E. (2009). A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, *32*, 371-379.

Dantzer, R. (1989). *L'illusion psychosomatique*. Paris : Odile Jacob.

Darmon, P. (1993). *Les cellules folles. L'homme face au cancer de l'Antiquité à nos jours*. Paris : Plon.

Dauchy, S., Dolbeault, S., Reich, S., Saltel, P., Rhondali, W., Machavoine, J., Barruel, F., & Le Bihan, A. (2009). Dépression et cancer. *Recommandations du groupe "Psycho-Oncologie", groupe d'experts de Saint-Paul de Vence*.

Daune, F. (1995). Aspects psychologiques du cancer du sein. *Revue médicale de Bruxelles*, *16*, 245-247.

David, D., Montgomery, G.H. & Bovbjerg, D.H. (2006). Relations between coping responses and optimism-pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Personality and Individual Differences*, *40*(2), 203-213

Davis, H. (1999). The psychiatrization of posttraumatic stress: Issues for social workers. British *Journal of Social Work*, 29, 755-777.

Dean C. (1987). Psychiatric morbidity following mastectomy: preoperative predictors and types of illness. *Journal of Psychosomatic Research*, *31*, 385-392.

De Castro, S., Cousson-Gélie, F., & Dilhuydy J.-M. (2006). Cancer et proches : impact du soutien social perçu spécifique de la relation patient-proche sur l'ajustement émotionnel au traitement par radiothérapie. *Psycho-oncologie*, *5*(4), 266-267.

Deimling, G.T., Bowman, K.F., Sterns, S., Wagner, L.J. & Kahana, B. (2006). Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology, 15*(4), 306-320.

Del Vecchio-Good, M.J. (1993). Oncologie et temps narratif. *Santé, Culture, Health*, *9*(1), 19-38.

Den Oudsten, B.L., Van Heck, G.L., Van der Steeg, A.F.W., Roukema, J.A. & De Vries, J. (2010). Personality predicts perceived availability of social support and satisfaction with social support in women with early stage breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 18(4), 499-508.

Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J. Penman, D., Piasetsky, S., Schmale A.M., Henrichs, M. & Carnicke, Cl.Jr (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association, 249,* 751-757.

Deshields, T., Tibbs, T., Fan, M., & Taylor, M. (2006). Differences in patterns of depression after treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology, 15,* 398-406

Devault, A. (1992). Dans Devault, A., Péladeau, N. et Bouchard, C. Étude des préoccupations, des difficultés et des sources de soutien social de pères de familles monoparentales : une comparaison avec des mères. Montréal : Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale et Département de psychologie, UQAM

Devault, A., Péladeau, N. & Bouchard, C. (1992). Étude des préoccupations, des difficultés et des sources de soutien social de pères de familles monoparentales : une comparaison avec des mères. Montréal : Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale et Département de psychologie, UQAM.

Devine, D., Parker, P. A., Fouladi, R. T., & Cohen, L. (2003). The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following an experimental cancer treatment. *Psycho-Oncology, 12*(5), 453-462.

Di Fabio, F., Koller, M., Nascimbeni, R., Talarico, C. & Salerni, B. (2008). Long-term outcome after colorectal cancer resection. Patients' self-reported quality of life, sexual dysfunction and surgeons' awareness of patients' needs. *Tumori journal*, *1*, 30-35.

Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (Drees) (2006). Les conditions de vie des patients atteints du cancer deux ans après le diagnostic. Etudes et résultats. N°486, mai 2006. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/drees/etuderesultat.

Dolbeault, S., Szporn, A. & Holland, J.C. (1999). Psycho-oncology: Where have we been? Where are we going? *European Journal of Cancer, 35*(11), 1554-1558.

Dorval, M., Maunsell, E., Deschênes, L., Brisson, J. & Masse B. (1998). Long-term quality of life after breast cancer: Comparison of 8-year survivors with population controls. *Journal of Clinical Oncology*, *16*(2), 487-494.

Dow, K.H., Ferrell, B.R., Leigh, S., Ly, J. & Gulasekaram, P. (1996). An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, *39*(3), 261-273.

Duboc, A., (1991). Évaluation d'un apprentissage à la communication en formation infirmière. Pour une visée holistique-humaniste de la pédagogie de la santé. Mémoire de maîtrise universitaire, Université Paris-Nord, Paris.

Dulac, G. (2001). *Aider les hommes… aussi*. Montréal : VLB Éditeur.

Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L.G., Taylor, S.E., & Falke, R.L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, *11*, 79-87.

Eck-Sarradon, A. (2002). S'expliquer la maladie. Une ethnologie de l'interprétation de la maladie en situation de soins, Villeneuve d'Ascq, *Presse Universitaire du Septentrion*, Collection Thèse à la Carte

Edlund, B. & Sneed, N.V. (1989). Emotional responses to the diagnosis of cancer: age-related comparisons. *Oncology Nursing Forum*, *16*(5), 691-697.

Ell, K., Nishimoto, R., Mediansky, L., Mantell, J. & Hamovitch, M. (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, *36*(6), 531-541

Elston, C.W., Ellis, I.O. & Pinder, S.E. (1999). Pathological prognostic factors in breast cancer. *Critical Review in Oncology/Hematology*, 31(3), 209-223

EORTC (2011). European Organization for Research and Treatment of Cancer. Disponible sur: http://groups.eortc.be/qol/index.htm.

Epping-Jordan, J.E., Compas, B.E., Osowiecki, D.M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K. & Krag, D.N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology*, *18*(4), 315-326.

Eton, D.T., Lepore, S.J. & Helgeson, V.S. (2001). Early quality of life in patients with localized prostate carcinoma: an examination of treatment-related, demographic, and psychosocial factors. . *Cancer, 92*, 1451-1459.

Fabbri, S., Fava, G.A., Sirri, L. & Wise, T.N. (2007) Development of a new assessment strategy in psychosomatic medicine: the diagnostic criteria for psychosomatic research. *Advances in Psychosomatic Medicine*, *28*, 1-20.

Falissard, B. (2008). Mesurer la subjectivité en santé. Perspective méthodologique et statistique. Paris : Masson, Abrégés, 2ème édition.

Fallowfield, L.J., Hall, A., Maguire, P., Baum, M. & A'Hern, R.P. (1994). Psychological effects of being offered choice of surgery for breast cancer. *British Medical Journal*, *309*, 448-448.

Fann, J.R., Thomas-Rich, A.M., KatonN, W. J., Cowley, D., Pepping, M., McGregor, B.A. & Gralow, J. (2008). Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *General Hospital Psychiatry*, *30*(2), 112-126.

Fava, G.A., Mangelli, L. & Ruini, C. (2001) Assessment of psychological distress in the setting of medical disease. *Psychotherapy & Psychosomatics*, *70*(4), 171-175.

Felder, B.E. (2004). Hope and coping in patients with cancer diagnoses. *Cancer Nursing*, 27, 320-324.

Ferrell, B.R., Grant, M.M., Funk, B., Otis-Green, S. & Garcia, N. (1997). Quality of life in breast cancer survivors as identified by focus groups. *Psycho-Oncology, 6,* 13-23.

Ferrero, J., Barreto, M.P. & Toledo, M. (1994). Mental adjustment to cancer and quality of life in breast cancer patients: an exploratory study. *Psycho-Oncology*, *3*, 223-232.

Fiat, E. (2006). Surface et profondeur. *In :* Les marques du corps, *Enfance et psy,* 32, Editions Erès

Filazoglu, G. & Griva, K. (2008). Coping and social support and health related quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Psychology, Health and Medicine*, *13*(5), 559-573.

Finch, J.F., Okun, M.A., Pool, G.J. & Ruehlman, L.S. (1999). A comparison of the influence of conflictual and supportive social interactions on psychological distress. *Journal of Personality, 67*(4), 581-621.

Fischler, C. (2001). *L'Homnivore*. Paris : Odile Jacob

Fischer, G.N. & Tarquinio, C. (2006). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris : Dunod.

Flahault, C., Godet, A. & Dolbeault, S. (2007). Des symptômes au diagnostic, évaluation et prise en charge psychologique et psychiatrique : anxiété, dépression, troubles de personnalité, délirium. In S. Dolbeault, S. Dauchy, A. Brédart et S.M. Consoli. La psycho-oncologie, Paris, John Libbey Eurotext, 58-76.

Fleishman, S.B. (2004). Treatment of symptom clusters: pain, depression, and fatigue. *Journal of National Cancer Institute Monographs*, *32*, 119-123.

Flint, A.J. & Rifat, S.L. (1996). Validation of the hospital anxiety and depression scale as a measure of severity of geriatric depression. *International Journal* of *Geriatric Psychiatry*, *11*, 991-994.

Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*, *45*, 1207-1221.

Folkman, S. & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, *9*, 11-19

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, *21*(3), 219-239.

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1988). The relationship between coping and emotion. Social *and Scientific Medicine, 26*, 309-317.

Folkman, S. & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, *55*(1), 745-774.

Foster, C., Wright, D., Hill, H., Hopkison, J. & Roffe, L. (2009). Psychosocial implications of living five years or more following a cancer diagnosis: a systematic review of the research evidence. *European Journal of Cancer Care, 18,* 223-247.

Fournier, C. & Espié, M. (2001). Le binôme oncologue-psychanalyste : parcours de patientes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, *29*(10), 696-704.

Franco, D., Capussotti, L., Smadja, C., Bouzari, H., Meakins, J.L., Kemeny, F., Grange, D. & Dellepiane, M. (1990). Resection of hepatocellular carcinoma: results in 72 European patients with cirrhosis. *Gastroenterology*, *98*, 733-738.

Fredette, S.L. (1995). Breast cancer survivors: Concerns and coping. *Cancer Nursing*, *18*(1), 35-46.

Freud, S. (1993). *Inhibition, symptôme, angoisse*. Paris : P.U.F..

Freud, S. (2009). *La naissance de la psychanalyse*. Lettres à Wilhelm Fliess, notes et plans (1887-1902) publiés par Marie Bonaparte, Anna Freud, Ernst Kris. Paris : P.U.F..

Freud, S. (2002). *Etude sur l'hystérie*. Paris : P.U.F..

Friedman, G., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C. Husain, I., Dulay, M.F. & Liscum, K.R. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-oncology, 15*, 595-603.

Fritzscher, K., Burger, T., Hartmann, A., Nübling, M. & Spahn, C. (2005). The psychosocial evaluation of medically-ill inpatients: accordance between mental disorders and self-rated psychosocial distress. *GMS psycho social medicine*, *2*, 1-13.

Frost, M.H., Suman, V.J., Rummans, T.A. & Dose, M. (2000). Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: the influence of disease phase. *Psycho-Oncology*, *9*, 221-231.

Fuhrer, R., Stansfeld, S.A., Chemali, J. & Shipley, M.L. (1999). Gender, Social Relations and Mental Health: Prospective Findings from an Occupational Cohort (Whitehall II Study). *Social Science and Medicine*, *48*, 77-87.

Fyrand, L., Wichstrom, L., Moum, T., Glennas, A. & Kvien, T. (1997). The impact of personality ans social support on mental health for femal patients with rheumatoid arthritis. *Social Indicators Research*, *40*(3), 285-298.

Galbraith, M.E., Ramirez, J.M., & Pedro, L.W. (2001). Quality of life, health outcomes, and identity for patients with prostate cancer in five different treatment groups. *Oncology nursing forum, 28*(3), 551-560.

Galeazzi, G.M., Ferrari, S., McKinnon, A. & Rigatelli, M. (2004). Interrater reliability, prevalence, and relation to icd-10 diagnoses of the diagnostic criteria for psychosomatic research in consultation-liaison psychiatry patients. *Psychosomatics ,45*(5), 386-393.

Gallagher, J., Parle, M., & Cairns, D. (2002). Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer. *British Journal of Health Psychology, 7,* 365-376.

Gandini, S., Botteri, E., Iodice, S., Boniol, M., Lowenfels, A.B., Maisonneuve, P. & Boyle, P. (2008). Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *International Journal of Cancer*, *122*(1), *15*, 5-64.

Ganz, P.A., Rowland, J.H., Desmond, K., Meyerowitz, B.E. & Wyatt, G.E. (1998). Life after breast cancer: uderstanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, *16*, 501-514.

Ganz, P.A., Desmond, K.A., Leedham, B., Rowland, J.H., Meyerowitz, E., & Belin, T.R. (2002). Quality of Life in Long-Term, Disease-Free Survivors of Breast Cancer: a Follow-up Study. *Journal of the National Cancer Institute*, *94*(1), 39-49.

Ganz, P.A., Kwan, L., Stanton, A.L., Krupnick, J.L., Rowland, J.H., Beth E. Meyerowitz, B.E., Bower, J.E. & Belin, T.R. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of National Cancer Institute*, *96*, 376-387.

Gentry, W.D. & Kobasa, S. (1984). Social and psychological ressources mediating stressillness relationships in humans. In: W.D. Gentry (Ed.), Handbook of behavioral medicine, 87-113. New York : Guilford.

Gerits, L.J.H. (1997). *Psychoneuroimmunology and breast cancer: predictors of acute stress symptoms as a consequence of the diagnosis*. Dissertation. University of Leiden, Leiden, Germany.

Gerits, L.J.H. (2000). Life events, coping and breast cancer: state of the art. *Biomedicine and Pharmacotherapy, 54(5)*, 229-233.

Gil, F., Grassi, L., Travado, L., Tomamichel, M., & Gonzalez, J. R. (2005). Use of distress and depression thermometers to measure psychosocial morbidity among southern european cancer patients. *Support Care Cancer, 13*(8), 600-606.

Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme méthode de recherche qualitative en sciences humaines: théorie, pratique et évaluation. *In* J. Poupart, L.H. Groulx, J.P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer & A.P. Pires, Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives, *La recherche qualitative ; enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Québec : Gaëtan Morin, Chenelière éducation, 341-364.

Glanz, K. & Lerman, C. (1992). Psychological impact of breast cancer: a critical review. *Annals of Behavorial Medicine*, *14*(3), 204-212.

Goldberg, L.R. (1981). Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. In Wheeler (Ed.), *Review of Personality and social psychology*, *Vol. 1*, 141-165. Beverly Hills, CA: Sage

Golden-Kreutz, D.M. & Andersen, B.L. (2004). Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with global, cancer-related, and life event stress. *Psycho-Oncology*, *13*(3): 211-220

Good, B. (1998). Comment faire de l'anthropologie médicale. Médecine, réalité, vécu. *Les empécheurs de penser en rond*.

Gotay, C., Shimizu, H., Muraoka, M. Ishihara, Y. Tsuboi, K. & Ogawa, H. (2004). Cancer-related attitudes: a comparative study in Japan and the US. *Psycho-Oncology*, *13*, 665-672.

Gottlieb, B.H. & Selby, R.M. (1989). Social Support and Mental Health: a Review of the Literature, University of Guelph, Ontario.

Grabsch, B., Clarke, D. M., Love, A., McKenzie, D. P., Snyder, R. D., Bloch, S., Smith, G., & Kissane, D. W. (2006). Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: a cross-sectional survey. *Palliative Support Care, 4*(1), 47-56.

Grassi, L. & Travado, L. (2008). The role of psychosocial oncology in cancer care. *In:* Responding to the challenge of cancer in europe. edited by michel p coleman, delia-marina alexe, tit albreht and martin mckee. Institute of Public Health of the Republic of Slovenia.

Grassi, L. & Uchitomi ,Y. (2005). Dépression et Troubles dépressifs chez les patients atteints de cancer. In : IPOS: International Psycho-oncology Society

Grassi, L. & Watson, M. (1992). Italian version of the Mental Adjustment to cancer (MAC) Scale and its application in psychiatric oncology. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, *8*(4), 147-154.

Grassi, L., Rosti, G., Lasalvia, A. & Marangolo, M., (1993). Psychosocial variables associated with mental adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, *1*, 11-20.

Grassi, L., Malacarneb, P., Maestrib, A. & Ramellia, E. (1997). Depression, psychosocial variables and occurrence of life events among patients with cancer. *Journal of affective disorders*, *44*(1), 21-30.

Grassi, L., Rossi, E., Sabato, S., Cruciani, G. & Zambelli, M. (2004). Diagnostic criteria for psychosomatic research and psychosocial variables in breast cancer patients. *Psychosomatics*, *45*(6), 483-491.

Grassi, L. Biancosino, B., Marmai, L., Rossi, E. & Sabato, S. (2007). Psychological factors affecting oncology conditions. *Advances in Psychosomatic Medicine*, *28*, 57-71.

Grassi, L., Mangelli, L., Fava, G.A., Grandi, S., Ottolini, F., Porcelli, P., Rafanelli, C., Rigatelli, M. & Sonino, N. (2007). Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestions for dsm-iv. *Journal of Affective Disorders*, *101*, *1*(3), 251-254.

Grassi, L., Sabato, S., Rossi, E., Marmai, L. & Biancosino, B. (2009). Affective syndromes and their screening in cancer patients with early and stable disease. Journal of Affective Disorders, *114*(1-3), 193-199.

Greenglass, E. R. (1993). The contribution of social support to coping strategies. *Applied Psychology: An International Review*, *42*(4), 323-340.

Greer, S., Morris, T. & Pettingale, K.W. (1979). Psychological response to breast cancer. *Lancet*, *13*, 785-787.

Greer, S. & Watson, M. (1987). Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance. *Cancer Surveys*, *6*, 439-453.

Greer, S. (2000). Fighting spirit in patients with cancer. *Lancet*, *355*(9206): 847-848.

Gregg, J. & Curry, R.H. (1994). Explanatory models for cancer among african-american women at two Atlanta neighborhood health centers: the implications for a cancer screening programm, *Social Science and medecine, 39*(4), 519-26,

Groenvold, M., Petersen, M.A., Idler, E., Bjorner, J.B., Fayers, P.M. & Mouridsen, H.T. (2007). Psychological distress and fatigue predicted recurrence and survival in

primary breast cancer patients. *Breast Cancer Research and Treatment, 105 (2)*, 209-219

Gros, D. (1994). *Les seins aux fleurs rouges*. Paris : Stock.

Grov, E.K., Fossa, S.D., Bremnes, R.M., Dahl, O., Klepp, O., Wist, E. & Dahl, A.A. (2009). The personality trait of neuroticism is strongly associated with long-term morbidity in testicular cancer survivors. *Acta Oncologica*, *48*, 842-849.

Guelfi, J. (1993). L'évaluation diagnostique standardisée en psychiatrie. Tome 1. Lavaur : Editions médicales Pierre Fabre.

Guex, P. (1989) *Psychologie et Cancer*. Lausanne : Edition Payot.

Gwede, C. K., Small, B. J., Munster, P. N., Andrykowski, M. A. & Jacobsen, P. B. (2008). Exploring the differential experience of breast cancer treatment-related symptoms: a cluster analytic approach. *Support Care Cancer 16*(8), 925–933.

Gysels, M., Higginson, I.J., Rajasekaran, M., Davies, E. & Harding, R. (2004). National institute for clinical excellence. Guidance on cancer services: improving supportive and palliative care for adults with cancer. The Manual. www.nice.org.uk. London

Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bolks, H.N., Tuinstra, J. & Coyne, J.C. (2008). Distress in Couples Coping With Cancer: A Meta-Analysis and Critical Review of Role and Gender Effects. *Psychological Bulletin*, *134*(1), 1-30.

Halkett, G.K.B., Kristjanson, L.J. & Lobb, E.A. (2008). 'If we get too close to your bones they'll go brittle': women's initial fears about radiotherapy for early breast cancer. *Psycho-Oncology*, *17*, 877-884.

Halstead, M.T. & Fernsler, J.I. (1994). Coping strategies of long-term cancer survivors. *Cancer Nursing, 17*(2), 94-100.

Harper, F.W.K., Schmidt, J.E., Beacham, A.O., Salsman, J.M., Averill, A.J., Graves, K.D. & Andrykowski, M.A. (2007). The role of social cognitive porcessing theory and optimism in positive psychosocial and physical behavior change after cancer diagnosis and treatment. *Psycho-Oncology*, *16*(1), 79-91.

Harrison, J. & Maguire, P. (1994). Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. *British Journal of Psychiatry, 165*(5), 593-598.

Hart, S.L., Latini, D.M., Cowan, J.E. & Carroll, P.R. (2008). Fear of recurrence, treatment satisfaction, and quality of life after radical prostatectomy for prostate cancer. *Supportive Care in Cancer, 16*(2), 161-169.

Hartl, K., Janni, W., Kastner, R., Sommer, H., Strobl, B., Rack, B., et al. (2003). Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients. *Annals of Oncology, 14*(7), 1064-1071.

Heim, E., Valach, L. & Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, *59*(4), 408-418.

Helgeson, V.S. (1992). Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*, 656-666.

Helgeson, V.S. (2003). Social Support and Quality of Life. *Quality of Life Research*, *12*(1), 25-31.

Helgeson, V.S., & Tomich, P.L. (2005). Surviving cancer: A comparison of 5-year diseasefree breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, *14*(4), 307-317.

Helgeson, V. S., Snyder, P., & Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: Identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology, 23,* 3-15.

Henselmans, I., Sanderman, R., Baas, P. C., Smink, A., & Ranchor, A. V. (2009). Personal control after a breast cancer diagnosis: Stability and adaptive value. *Psycho-Oncology, 18,* 104-108.

Henselmans, I., Fleer, J., de Vries, J., Baas, P. C., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010a). The adaptive effect of personal control when facing breast cancer: Cognitive and behavioral mediators. *Psychology & Health, 25*(9), 1023-1040.

Henselmans, I. Sanderman, R., Helgeson, V.S., de Vries, J., Smink, A. & Ranchor, A.V. (2010b). Personal control over the cure of breast cancer: adaptiveness, underlying beliefs and correlates. *Psycho-Oncology*, *19*, 525-534

Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale: a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, *42*, 17-41.

Herschbach, P., Keller, M., Knight, L., Brandi, T., Huber, B., Henrich, G., et al. (2004). Psychological problems of cancer patients: A cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *British Journal of Cancer, 91*(3)*,* 504-511.

Herzlich, C. (1988). Préface. In *Cancer et culture. Produire le sens de la maladie*, Saillant F. Montréal : Editions Saint-Martin.

Herzlich, C. & Pierret, J. (1991). Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. Paris : Bibliothèque scientifique Payot, (2ème édition)

Hinnen, C., Hagedoorn, M., Sanderman, R., & Ranchor, A. (2007). The role of distress, neuroticism and time since diagnosis in explaining support behaviors in partners of women with breast cancer: Results of a longitudinal analysis. *Psycho-Oncology*, *16*, 913-919.

Hinnen, C., Ranchor, A. V., Sanderman, R., Snijders, T., Hagedoorn, M., & Coyne, J. C. (2008). Course of distress in breast cancer patients, their partners, and matched control couples. *Annals of Behavioral Medicine, 36,* 141-148.

Hodgkinson, K., Butow, P., Hunt, G.E., Wyse, R., Hobbs, K.M., Wain, G. (2007). Life after cancer: couples' and partners' psychological adjustment and supportive care needs. Support Care Cancer, *15*, 405-415.

Hodgkinson, K., Butow, P., Hunt, G.E., Pendlebury, S., Hobbs, K.M., Lo, S.K. & Wain, G. (2007). The development and evaluation of a measure to assess cancer survivors' unmet supportive care needs: the CaSUN (Cancer Survivors' Unmet Needs measure). *Psycho-oncology*, *16*(9), 796-804.

Holahan, C.J. & Moos, R.H. (1981). Social support and psychological distress: a Longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 90*, 365-370

Holland, K.D. & Holahan, C.K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*, *18*(1), 15-29.

Holland, J.C & Rowland J.H. (1989). Breast cancer. In *Handbook of Psycho-oncology, Psychological Care of the Patient with Cancer*, Holland JC & Rowland JH (ed.), 188-207.

Holland, J.C & Rowland J.H.. (1989). *Handbook of Psycho-Oncology, Psychological Care of the Patient with Cancer.* Oxford University Press, NewYork.

Holland, J.C. (1989). Behavioral and psychosocial risk factors in cancer: human studies. In *Handbook of Psycho-oncology, Psychological Care of the Patient with Cancer*, Holland JC & Rowland JH (ed.); 705-726.

Holland, J.C. (1992). Psycho-oncology: overview, obstacles, and opportunities. *Psycho-Oncology*, 1: 1-13.

Holland, J.C. (1997). Preliminary guidelines for the treatment of distress. *Oncology*, *11*, 109-114.

Holland, J.C. (1998). *Psycho-oncology*. New-York : Oxford University Press.

Holland, K.D. & Holahan, C.K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*, *18*(1), 15-29.

Holland, J.C, Benedetti C, Breitbart, W. & NCCN Panel Members. (1999). NCCN Practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology* - NCCN Proceedings *13*(5A): 113-147.

Holland, J.C., Andersen, B., Breitbart, W.S., Dabrowski, M., Dudley, M.M., Fleishman, S., Foley, G.V., Fulcher, C., Greenberg, D.B., Greiner, C.B., Handzo, R.G.F., Jacobsen, P.B., Knight, S.J., Learson, K., Levy, M.H., Manne, S., McAllister-Black, R., Peterman, A., Riba, M.B., Slatkin, N.E., Valentine, A. & Zevon, M.A. (2007). Distress management. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, *5*(1): 66-98.

Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*(2), 213-218.

Hopko, D.R., Bell, J.L., Armento, M.E.A., Roberson, S.M.C., Hunt, M.K., Wolf, N.J. & Mullane, C. (2008). The phenomenology and screening of clinical depression in cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 26, 1, 31-51.

Hosaka, T. (1996). A pilot study of a structured psychiatric intervention for Japanese women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *5*(1), 59-64.

Hoskins, C. N., Budin, W. C., & Maislin, G. (1996). Medical factors and patterns of adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology, 5,* 31-44.

Hoskins, C. N., Baker, S., Sherman, D., Bohlander, J., Bookbinder, M., Budin, W., Ekstrom, D., Knauer, C., Maislin, G. (1996). Social support and patterns of adjustment to breast cancer. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, *10*(2), 99-123.

Howard, F.A., Balneaves, L.G. & Bottorff, J.L (2007). Ethnocultural women's experiences of breast cancer. *Cancer Nursing*, *4*, 27-35.

Hughson, A.V., Cooper, A.F., Mc Ardle, C.S. & Smith, D.C. (1988). Psychosocial consequences of mastectomy: levels of morbidity and associated factors. *Journal of Psychosomatic Research*, *32*(4-5): 383-391.

Humphris, G.M., Rogers, S., McNally, D., Lee-Jones, C, Brown, J. & Vaughan, D. (2003). Fear of récurrence and possible cases of anxiety and dépression in orofacial cancer patients. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 32*(5), 486-491.

Ibbotson, T., Maguire, P., Selby, P., Priestman, T. & Wallace, L. (1994). Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment. *European Journal of Cancer*, *30A*, 37-40.

INCa (2006). Institut National du Cancer. http://www.e-cancer.fr.

INCa (2007). Institut National du Cancer, la situation du cancer en France en 2007. Synthèses et rapport. Disponible sur : http://www.e-cancer.fr.

INCa (2008). Institut National du Cancer. Synthèses et rapport. Disponible sur : http://www.scribd.com/doc/19638318/INCA-rapport-dactivite-2008.

INCa (2009a). Institut National du Cancer.. Épidémiologie du cancer du sein en France et en Europe. Disponible sur : http:/www.e-cancer.fr/santé publique/dépistage.

INCa (2009b). Institut National du Cancer. Informations sur les cancers. Cancers par organe. Sein. Retrieved June 22, 2009, from https://www.e-cancer.fr/Information-sur-les-cancers/Cancerspar-organe/page1/op_1-ta_1-id_246-it_264-li_1-ls_0-la_1-ve_1.html.

INRA (2007). Institut National de la Recherche Agronomique et NACRE Institut National Alimentation Cancer Recherche. Recommandations nutritionnelles pour la prévention primaire des cancers. Disponible sur : http://www.inra.fr/nacre/prevention_primaire/recommandations.

Insee (2011a). Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Synthèse et rapport. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=6.

Insee (2011b). Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Nomenclature de catégories socioprofessionnelles. Disponibles sur : http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/nom-categories-socio-profes.htm.

Invs, (2011a). Institut de Veille Sanitaire. Estimation nationale de l'incidence des cancers de 1980 à 2005. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers/default.htm.

Invs, (2011b). Institut de Veille Sanitaire. Nombre de cas incidents, nombre de décès et taux spécifiques d'incidence et de mortalité par classe d'âge, par localisation et par sexe pour les années de 1980 à 2005. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers/default.htm.

Invs, (2011c). Institut de Veille Sanitaire. Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1980 à 2005. Données par localisation. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers/default.htm.

Invs, (2011d). Institut de Veille Sanitaire. Synthèses par organe. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers/default.htm.

Irvine, D.M. & Brown, G. (1984). The prevalence and correlates of adjustment in breast cancer (thesis). Hamilton, Ontario : Mc Master University.

Irvine, D.M., Brown, B., Crooks, D., Roberts, J. & Browne, G. (1991). Psychological adjustment in women with breast cancer. *Cancer. 67*, 1097-1117.

Jacobsen, P.B., Donovan, K.A., Trask, P.C., Fleishman, S.B., Zabora, J., Baker, F. & Holland, J.C. (2005).Screening for psychological distress in ambulatory cancer patients. *Cancer, 103*(7), 1494-1502.

Jacobsen, P.B. (2007). Screening for psychological distress in cancer patients : challenges and opportunities. *Journal of Clinical Oncology, 25*(29): 4526-4527.

Jadoulle, V., Robkani, L., Ogez, D., Maccioni, J., Lories, G., Bruchon-Schweitzer, M. & Constant, A. (2006). Coping and adapting to breast cancer: a six-month perspective study. *Bulletin du Cancer*, *93*(7), 67-72.

Jamison, R.N., Burish, T.G. & Wallston, K.A. (1987). Psychogenic factors in predicting survival of breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*. *5*(5), 768-772.

Jaspers, K. (2004). Introduction à la philosophie. Bibliothèque 10-18. Paris: Plon (1ère éd. 1981).

Jeffrey, H. (1961). *Theory of probability (3e)*. Oxford University Press Ed. New-York.

Jenkins, R., & Pargament, K. (1988). The relationship between cognitive appraisals and psychological adjustment in cancer patients. *Social Science and Medicine*, *26*, 625-633.

Jenkins, P.L., May, V.E. & Hughes, L.E. (1991). Psychological morbidity associated with local recurrence of breast cancer. *International journal of psychiatry in medicine, 21*(2), 149-155

Jim, H.S., Richardson, S.A., Golden-Kreutz, D.M. & Andersen, B.L. (2006). Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychology*, *25*(6), 753-761.

Jones, B.L. (2005). (2005, 20/09). PROC TRAJ retrieved 06/11/08, from http://www.andrew.cmu.edu/user/bjones/strtxmpl1.htm

Jones, B.L. & Nagin, D.S. (2007). Advances in group-based trajectory modeling and a SAS procedure for estimating them. *Sociological Methods and Research*, *35*(4), 542-571.

John, O.P. (1990). The "Big Five" factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research*, 66-100. New York : Guilford.

John, O.P., Donahue, E. & Kentle, R. (1991). *The "Big Five" Inventory – Versions 4a and 54*. Technical Report, Institute of Personality Assessment and Research, Berkeley, CA: University of California, Berkeley.

John, O.P., Neumann, L.P. & Soto, C.J. (2008). Paradigm shift to the integrative Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. In O.P. John, R.W. Robins & L.A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (3rd ed.; pp. 114-158). New York: Guilford.

Johnston, M., Pollard, B. & Hennessey, P. (2000). Construct validation of the hospital anxiety and depression scale with clinical populations. *Journal of Psychosomatic Research*, *48*(6), 579-584.

Kadan-Lottick, N.S., Vanderwerker, L.C, Block, S.D., Zhang, B., & Prigerson, H.G. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer, 104*(12), 2872-2881.

Kant, E. (1969). Fondement de la métaphysique des mœurs (1785). Paris : éditions Delagrave.

Kash, K., Holland, J.C, Halper, M.S. & Miller, D.G. (1992). Psychological distress and surveillance behaviors of women with a family history of breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute, 85,* 24-30.

Kemp, S., Morley, S. & Anderson, E. (1999). Coping with epilepsy: do illness representations play a role?. *British Journal of Clinical Psychology*, *38*, 43-58.

Kessler, R.C. & McLeod, J.D. (1984). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American Sociological Review*, *49*, 620-631.

Kessler, R.C. & Mc Leod, J.D. (1985). Social support and mental health in community sample. *In*: *Social Support and Health*, S. Cohen & S.L. Syme (Ed.), 219-240. New York: Academic Press.

Khayat, D. (2005). *Les chemins de l'espoir : comprendre le cancer pour l'éviter et le vaincre*. Paris : Editions Livre de Poche.

Kiebert, G. M., Welvaart, K., & Kievit, J. (1993). Psychological effects of routine follow-up on cancer patients after surgery. *European Journal of Surgery, 159,* 601-607.

Kissane, D. W., Clarke, D. M., Ikin, J., Bloch, S., Smith, G. C., Vitetta, L., & McKenzie, D. P. (1998). Psychological morbidity and quality of life in australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional survey. *Medical Journal, 169*(4), 192-196.

Kissane, D. W., Grabsch, B., Love, A., Clarke, D. M., Bloch, S., & Smith, G. C. (2004). Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*(5)*,* 320-326.

Kissane, D.W. (2009). Beyond the psychotherapy and survival debate: the challenge of social disparity, depression and treatment adherence in psychosocial cancer care. *Psycho-Oncology*, *18*(1), 1-5.

Kleinman, A. (1980). Patients and healers in the context of the culture. Berkeley-Los Angeles-London : University of California Press

Koopman, C., Hermanson, K., Diamond, S., Angell, K. & Spiegel, D. (1998). Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psycho-Oncology*, *7*(2), 101-111

Kornblith, A.B. (1998). Psychosocial adaptation of cancer survivors. In *Psycho-oncology,* Holland J.C.; 223-241.

Kornblith, A.B. & Ligibel, J. (2003). Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Seminars in Oncology, 30*(6), 799-813.

Kornblith, A.B., Herndon, J.E., Zuckerman, E., Viscoli, C.M., Horwitz, R.I., Robert-Cooper, M. et al. (2001). Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer*, *91*(2), 443-454.

Kornblith, A.B., Herndon, J.E. , Weiss, R.B., Zhang, C., Zuckerman, E.L., Rosenberg, S., Mertz, M., Payne, D., Jane-Massie, M., Holland, J.F., Wingate, P., Norton, L. & Holland, J.C. (2003). Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer, 98*(4), 679-689.

Kornblith, A.B., Powell, M., Regan, M.M., Bennett, S., Krasner, C, Moy, B. et al. (2007). Long-term psychosocial adjustment of older vs younger survivors of breast and endometrial cancer. *Psycho-Oncology, 16*(10), 895-903.

Kroenke, C.H., Rosner, B., Chen, W.Y., Kawachi, I. & Colditz, G.A. (2004). Functional impact of breast cancer by age at diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, *22*, 1849-1856.

Krohne, W.H. (1996). Individuals Differences in Coping. In M. Zeidner, & N.S. Endler, Handbook of coping, 381-409. New York: Wiley.

Kugaya, A., Akechi, T., Okuyama, T., Okamura, H., & Uchitomi, Y. (1998). Screening for psychological distress in japanese cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology, 28*(5), 333-338.

Kugaya, A., Akechi, T., Okuyama, T., Nakano, T., Mijami, I., Okamura, H., & Uchitomi, Y. (2000). Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer, 88*(12), 2817-2823.

Laborit, H. (1980). L'inhibition de l'Action, biologie comportementale et de physio-pathologie Montréal : Editions Masson.

Lafaye, A., Cousson-Gélie, F., Petit, S., & Bouisson, J. (2007). Cancer de la prostate et relation conjugale: Point de vue du patient et de sa conjointe. Résultats préliminaires. *Psycho-Oncologie*, *1*(4), 246-251.

Lakey, B., Tardiff, T.A. & Drew, J.B. (1994). Negative Social Interactions: assessment and Relations to Social Support, Cognition, and Psychological Distress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *13*, 63-85.

Lakey, B., Mc Cabe, K.M., Fisicaro, S.A. & Drew, J.B. (1996). Environment and perceived determinants of supports perceptions: Three generalizability studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*, 1270-1280.

Landmark, B.T., Strandmark, M. & Wall, A.K. (2001). Living with newly diagnosed breast cancer – the meaning of existential issues. *Cancer Nursing*, *3*, 1-7.

Landmark, B.T. & Wall, A. (2002). Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, *1*, 112-121.

Larue, F., Colleau, S.M., Brasseur, L. & Cleeland, C.S. (1995). Multicenter study of cancer pain and its treatment in France, *British Medical Journal*, 310, 1034-1047.

Lavery, J.F. & Clarke, V.A., (1996). Causal attributions, coping strategies, and adjustment to breast cancer. *Cancer Nursing*, *19*, 20-28

Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York : Oxford University Press.

Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, *44*(1), 1-21.

Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York, Springer Publishing Co.

Lazarus, R.S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist, 55,* 665-673.

Lazarus, R.S. (2006). Emotions and Interpersonal Relationships: Toward a Person-Centered Conceptualization of Emotions and Coping. *Journal of Personality*, *74*(1), 9-46.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, coping and adaptation*. New York : Springer.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Current states of transactional theory and research on emotion and coping. *In* L.Laux & G.Vossel (Eds.), Personality in biographical stress and coping research, 1, 141-169.

Leake, R.L., Gurrin, L.C, & Hammond, I.G. (2001). Quality of life in patients attending a low-risk gynaecological oncology follow-up clinic. *Psycho-Oncology, 10*(5), 428-435.

Leavy, R.L. (1983). Social support and psychological disorder: a review of community psychology. *American Journal of Community Psychology, 11*, 3-21

Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L., & Devins, G.M. (2008). Predicting stress-related problems in long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, *65*(6), 513-523.

Le Corroller-Soriano, A.G., Malavolti, L. & Mermilliod, C. (2008). *La vie deux ans après le diagnostic de cancer*: *Une enquête en 2004 sur les conditions de vie des malades.* La documentation française, collection études et statistiques.

Lee, M.S., Love, S.B., Mitchell, J.B., Parker, E.M., Rubens, R.D., Watson, J.P., Fentiman, I.S. & Hayward, J.L. (1992). Mastectomy or conservation for early breast cancer: psychological morbidity. *European Journal of Cancer*, *28*A, 1340-1344.

Lee-Jones, C, Humphris, G., Dixon, R., & Hatcher, M. B. (1997). Fear of cancer récurrence - A literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of récurrence fears. *Psycho-Oncology, 6,* 95-105.

Lepine, J.P., Godchau, M., Brun, P. & Lempiere, T. (1985). Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Annales Medico-Psychologiques, 143*(2), 175-189.

Lepore, S.J & Coyne J.C. (2006). Psychological Interventions for Distress in Cancer Patients: A Review of Reviews. Annals of Behavior and Medicine, *32*(2), 85-92.

Leung, C.M., Ho, S., Kan, C.S., Hung, C.H. & Chen, C.N. (1993). Evaluation of the Chinese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. A cross cultural perspective. *International Journal of Psychosomatics*, *40*, 29-34.

Lévy, S., Lee, J., Bagley, C. & Lippman, M. (1988). Survival hazards analysis in first recurrent breast cancer: seven years follow-up. *Psychosomatic Medicine, 50*, 520-528.

Levy, S.M. & Heiden, L.A. (1990). *Personnality and social factors in cancer outcome*. In H.S Friedman (Ed) : *Personality and disease*, New York : Wiley, *11*, 254-279.

Lewis, J.A., Manne, S.L., Du Hamel, K.N., Vickburg, S.M., Bovbjerg, D.H., Currie, V. et al. (2001). Social support, intrusive thoughts, and quality of life in breast cancer survivors. *Journal ofBehavioral Medicine, 24*(3)*,* 231-245.

Li, J. & Lambert, V.A. (2007). Coping strategies and predictors of general well-being in women with breast cancer in the People's Republic of China. *Nursing Health Sciences*, 9, 199-204.

Ligue contre le cancer (2011). Bulletin du Comité d'Ethique. Disponible sur : http://www.ethique-cancer.fr/phoenixws/home/comite-ethique-cancer.html

Like, R. & Ellison, J. (1980). Dying or Living ? The Double Bind. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 4, 119-136.

Lintz, K., Moynihan, C., Steginga, S., Norman, A., Eeles, R., Huddart, R., Dearnaley, D. & Watson, M. (2003). Prostate cancer patients' support and psychological care needs: Survey from a non-surgical oncology clinic. *Psycho-oncology, 12*(8), 769-783.

Litman, J. A. (2006). The COPE inventory: Dimensionality and relationships with approach- and avoidance-motives and positive and negative traits. *Personality and Individual Differences*, *41*(2), 273-284.

Litwin, M.S., Hays, R.D., Fink, A., Ganz, P.A., Leake, B., Leach, G.E. & Brook, R.H. (1995). Quality of life outcomes in men treated for localized prostate cancer. *Journal of the American Medical Association*, *273*(2), 129-135.

Litwin, M.S., Lubeck, D.P., Henning, J.M. & Carroll, P.R. (1998). Differences in urologist and patient assessments of health related quality of life in men with prostate cancer: Result of the CaPSURE database. *Journal of Urology, 159*(6), 1988-1992.

Llorente, M.D., Burke, M., Gregory, G.R., Bosworth, H.B., Grambow, S.C., Horner, R.D., Golden, A. & Olsen, E.J. (2005). Prostate cancer: A significant risk factor for late-life suicide. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 13*(3), 195-201.

Lloyd-Williams F, Mair, F., Shiels, C., Hanratty, B., Golstein, P., Beaton, S., Capwell, S., Lye M., Mc Donald, R., Roberts, C. & Connelly, D. (2003) Why are patients in clinical trials not like those we see in everyday practice?. *Journal of Clinical Epidemiology*, *56*(12), 1157-1162.

Lloyd-Williams, M., Shiels, C., Taylor, F. & Dennis, M. (2009). Depression - an independent predictor of early death in patients with advanced cancer. *Journal of Affective Disorders, 113*(1-2), 127-132

Loge, J.H., Abrahamsen, A.F., Ekeberg, O., Hannisdal, E. & Kaasa, S. (1997). Psychological distress after cancer cure: a survey of 459 Hodgkin's disease survivors. *British Journal of Cancer*, *76*, 791-796.

Love, A.W., Grabsch, B., Clarke, D.M., Bloch, S. & Kissane, D.W. (2004). Screening for depression in women with metastatic breast cancer: a comparison of the Beck Depression Inventory Short Form and the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Australian and New Zealand Journal* of *Psychiatry*, *38*, 526-531.

Lyons, M.A., Jacobson, S.S., Prescott, B. & Oswalt, D. (2002). Women's experiences during the first year following diagnosis of breast cancer. *Southern Online Journal of Nursing Research*.

Mc Daniel, J. S., Musselman, D. L., Porter, M. R., Reed, D. A., & Nemeroff, C. B. (1995). Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment. Archives of General Psychiatry, 52(2), 89-99

Maguire, P., Brooke, M., Tait, A., Thomas, C. & Sellwood, R. (1983). The effect of counselling on physical disability and social recovery after mastectomy. *Clinical Oncology*, 9: 319-324.

Mahon, S.M., Cella, D.F. & Donovan, M.I. (1990). Psychosocial adjustment to recurrent cancer. *Oncology nursing forum, 17*(3 sup), 47-52.

Makabe, R. & Nomizu, T. (2006). Social support and psychological and physical states among Japanese patients with breast cancer and their spouses prior to surgery. *Oncology Nursing Forum*, *33*(3), 651-655.

Mandelblatt, J. S., Cullen, J., Lawrence, W. F., Stanton, A. L., Yi, B., Kwan, L., & Ganz, P. A. (2008). Economic evaluation alongside a clinical trial of psycho-educational interventions to improve adjustment to survivorship among patients with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology,26*(10), 1684-1690

Manne, S.L., Sabionni, M., Bovbjerg, D.H., Jacobsen, P.B., Taylor, K.L. & Redd, W.H. (1994). Coping with chemotherapy for breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine, 17*, 41-54.

Manne, S. & Glassman, M. (2000). Perceived control, coping efficacy, and avoidance coping as mediators between spouses' unsupportive behaviors and cancer patients' psychological distress. *Health Psychology, 19(2),* 155-164.

Manzanera, C., Lafay, N., Papet, N. & Senon, J.L. (2003). Cancer, dépression et anxiété. *Annales medico-psychologiques, 161*, 140-147.

Marshall, G.N. & Lang, E.L. (1990). Optimism, self-mastery, and symptoms of depression in women. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*, 132-139.

Martin, R., Davis, M.G., Baron, R.S., Suls, J. & Blanchard, E.B. (1994). Specificity in social support: perceptions of helpuf and unhelpful provider behaviors among irritable bowel syndrome, headache, and cancer patients. *Health Psychology*, *13*(5), 432-439.

Martin, C.R. (2005). What does the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) really measure in liaison psychiatry settings?. *Current Psychiatry Reviews*, *1*, 69-73.

Marty, F. (2001). Figures et traitements du traumatisme. Paris, Dunod.

Marty, P. (1998). Il n'y a plus de cancers incurables. *Actualités, Innovations en médecine*, 51, 8-9.

Massé, R. (1995). Culture et santé publique. Montréal, Paris, Gaëtan Morin Editeur

Massie, M.J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, *32*, 57-71.

Matthews, E.E. & Cook, P.F. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, *18*(7), 716-726.

Maunsell, E., Brisson, J. & Deschênes, L. (1995). Social support and survival among women with cancer. *Cancer*, *76*, 631-637.

Mauriac, L., Luporsi, E. & Dilhuydy, J.M.. (2001). Cancers du sein infiltrants non métastatiques. (2ème édition). Paris : John Libbey Eurotext.

Meechan, G.T., Collins, J.P., Moss-Morris, R.E. & Petrie, K.J. (2005). Who not reassured following benign diagnosis of breast cancer symptoms?. *Psycho-Oncology*, *14*, 239-246.

Mehnert, A. & Koch, U. (2005). Psychosocial care of cancer patients–international differences in definition, healthcare structures, and therapeutic approaches. *Support Care Cancer*, *13*(8), 579-588

Mehnert, A. & Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psycho-Oncology, 16(3),* 181-188.

Mehnert, A. & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a

cancerregister-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*(4), 283-391.

Mellon, S. & Northouse, L.L. (2001). Family survivorship and quality of life following a cancer diagnosis. *Research in Nursing and Health, 24*(6)*,* 446-459.

Mellon, S., Northouse, L.L., & Weiss, L.K. (2006). A population-based study of the quality of life of cancer survivors and their family caregivers. *Cancer Nursing, 29*(2)*,* 120-133.

Mellon, S., Kershaw, T. S., Northouse, L.L., & Freeman-Gibb, L. (2007). A family-based model to predict fear of récurrence for cancer survivors and their caregivers. *Psycho-Oncology, 16*(3)*,* 214-223

Ménoret, M. (1999). Les temps du cancer. Paris : CNRS Éditions.

Meyerowitz, B.E. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments. *Psychological Bulletin, 87,* 108-131.

Meyor, C. (2005). La phénoménologie dans l'approche scientifique et le problème de la subjectivité. *Recherches qualitatives*, *25*(1), 25-42.

Miakowski, C., & Aouizerat, B. E. (2007). Is there a biological basis for the clustering of symptoms ? *Seminars in Oncology Nursing, 23*(2), 99-105.

Miakowski, C., Aouizerat, B. E., Dodd, M., & Cooper, B. (2007). Conceptual issues in symptomclusters research and their implications for quality-of-life assessment in patients with cancer. *Journal of National Cancer Institute Monographs*, *37*, 39-46.

Miakowski, C., Dodd, M., & Lee, K. (2004). Symptom clusters: the new frontier in symptom management research. *Journal of National Cancer Institute Monographs*, *32*, 17-21.

Middleton, W., Burnett, P., Raphael, B. & Martinek, N. (1996). The bereavement response: A cluster analysis. *British Journal of Psychiatry*, *169*, 167-171.

Miedema, B., Tatemichi, S. & Mc Donald, I. (2004). Cancer follow-up care in New Brunswick: cancer surveillance, support issues and fear or recurrence. *Canadian Journal of Rural Medicine, 9*(2), 101-107.

Millar, K., Purushotham, A. D., McLatchie, E., George, W. D., & Murray, G. D. (2005). A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research, 58,* 335-342.

Mitchell, A. J. (2006). Depressed patients and treatment adherence. *Lancet* , *367*(9528): 2041-2043.

Mitchell, A. J., Meader, N. & Symonds P. (2010). Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *126*, 335-348.

Moher, D., Cook, D.J., Eastwood, S., Olkin, I., Rennie, D. & Stroup, D.F. (1999). Improving the quality of reports of meta-analyses of randomized controlled trials: the QUOROM statement. *Quality of Reporting of Meta-analyses*, *354*(9193), 1896-1900.

Monroe, S.M. & Steiner, S.C. (1986). Social support and psychopathology: interrelations with preexisting disorder, stress and personality. *Journal of Abnormal Psychology, 95*(1), 29-39.

Montbriand, M. (1998). Abandonning Biomedecine for alternate thérapies: Oncology patients'stories. *Cancer nursing*, *21*(1), 36-44.

Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Gorman, C., Rowden, L., Tunmore, R., Robertson, B. & Bliss, J. (1991). The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. *British Journal of Psychiatry*, *158*, 255-259.

Moos, R.H. (1986). Coping with Life Crisis: An Integrated Approach. New-York : Plenum Press.

Moos, R. H., & Holahan, C. J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, *59*(12), 1387-1403.

Morrill, E.F., Brewer, N.T., O'Neill, S.C., Lillie, S.E., Dees, E.C., Carey, L.A. & Rimer, B.K. (2008). The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho-Oncology 17*(9), 948-953.

Morris, T., Pettingale, K. & Haybittle, J. (1992). Psychological response to cancer diagnosis and disease outcome in patients with breast cancer and lymphoma. *Psycho-oncology, 1*, 105-114.

Morse, R., Kendell, K. & Barton, S. (2005). Screening for depression in people with cancer: the accuracy of the hospital anxiety and depression scale. Clinical Effectiveness in Nursing, *9*, 188-196.

Mose, S., Budischewski, K.M., Rahn, A.N., Zander-Heinz, A.C., Bormeth, S. & Böttcher, H.D. (2001). Influence of irradiation on therapy-associated psychological distress in breast carcinoma patients. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, *51*(5), 1328-1335.

Mosher, C.E. & Danoff-Burg, S. (2005). A review of age differences in psychological adjustment to breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, *23*, 101-114.

Moulin, P. (2005). Imaginaire social et Cancer. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, *4*(4), 261-267.

Moyer, A. (1997). Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: A meta-analytic review. *Health Psychology, 16,* 284-298. (*Reprinted in:* R. M. Suinn & G. R. VandenBos (1999). *Cancer patients and their families: Readings on disease course, coping, and psychological interventions*. Washington, D.C. : American Psychological Association.)

Moynihan, C., Bliss, J.M., Davidson, J., Burchell, L. &, Horwich, A. (1998). Evaluation of adjuvant psychological therapy in patients with testicular cancer: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, *316*: 429-435

Mykletun, .A, Dahl, A.A., Haaland, C.F., Bremnes, R., Dahl, O., Klepp, O., Wist, E. & Fossa, S.D. (2005). Side effects and cancer-related stress determine quality of life in long-term survivors of testicular cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *23*, 3061-3068

Mystakidou, K., Watson, M., Tsilika, E., Parpa, E., Primikiri, A., Katsouda, E. & Vlahos, L. (2005). Psychometric analyses of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale in a Greek palliative care unit. *Psycho-Oncology*, *1*, 16-24.

Nadler, A., Maler, S. & Friedman, A. (1984). Effects of helper's sex, subjects' androgyny, and self-evaluation in males' and females' willingness to seek and receive help. *Sex Roles*, *10*, 327-339.

Nagel, G.C., Schmidt, S., Strauss, B.M. & Katenkamp, D. (2001). Quality of life in breast cancer patients: A cluster analytic approach. *Breast Cancer Research Treatment*, *68*, 75-87.

Nagin, D.S. & Tremblay, R.E. (1999). Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency. *Child Development*, 70, 1181-1196.

Nagin, D.S. & Tremblay, R.E. (2001). Parental and Early Childhood Predictors of Persistent Physical Aggression in Boys from Kindergarten to High School. *Archives of General Psychiatry*, 58, 389-394.

Nagin, D.S. (2002). Analyse des trajectoires de développement : vue d'ensemble d'une méthode semi-paramétrique fondée sur le groupement. *In* Recueil du Symposium 2002 de Statistique Canada.

Nagin, D.S. (2005). *Group-based modeling of Development*. Cambridge, M.A.: Havard University Press.

Nakano, Y., Sugiura, M., Aoki, K., Hori, S., Oshima, M., Kitamura, T., Furukawa, T.A. (2002). Japanese version of the quality of relationship inventory : its reliability and validity among women with recurrent spontaneous abortion. *Psychiatry and clinical neurosciences*, *56*, 527-532.

Nazroo, J.Y., Edwards, A.C. & Brown, G.W. (1997). Gender differences in the onset of depression following a shared life event: A study of couples. *Psychological Medicine*, 27, 9-19.

Néron, S., Correa, J.A., Dajczman, E., Kasymjanova, G., Kreisman, H. & Small, D. (2007). Screening for depressive symptoms in patients with un-resectable lung cancer. *Support. Care Cancer*, *15*, 1207-1212.

Nezelof, S & Vandel, P. (1998). Cancers et dépressions : aspects épidémiologiques. *L'Encéphale du Praticien. Hors-série 2*, 59-65.

Nezu, C.M., Nezu, A.M., Friedman, S.H., Houts, P.S., DelliCarpini, L.A., Bildner, C. & al. (1999). Cancer and psychological distress: two investigations regarding the role of social problem-solving. *Journal of Psychosocial Oncology*, *16*, 27-40.

Nordin, K. & Glimelius, G. (1998). Reactions to gastrointestinal cancer-variations of mental adjustment and emotional well-being with time in patients with different prognosis. *Psycho-Oncology*, *7*, 413-423

Northouse, L.L. (1981). Mastectomy patients and the fear of cancer recurrence. *Cancer Nursing, 4*(3), 227-230.

Northouse, L.L., Dorris, G. & Charron-Moore, C. (1995). Factors affecting couples' adjustment to recurrent breast cancer. *Social Science and Medicine*, *42*, 69-75

Northouse, L.L., Laten, D., & Reddy, P. (1995). Adjustment of women and their husbands to recurrent breast cancer. *Research in Nursing and Health*, *18*, 515-524.

Northouse, L.L., Jeffs, M., Cracchiolo-Caraway, A., Lampman, L., & Dorris, G. (1995). Emotional distress reported by women and husbands prior to a breast cancer biopsy. Nursing Research, *44*, 196-201.

Northouse, L.L., Templin, T., Mood, D. & Oberst, M. (1998). Couples' adjustment to breast cancer and benign breast disease: a longitudinal analysis. *Psycho-Oncology*, 7, 37-48.

Northouse, L. L., Mood, D., Kershaw, T., Schafenacker, A., Mellon, S., Walker, J., et al. (2002). Quality of life of women with récurrent breast cancer and their family members. *Journal of Clinical Oncology, 20(19),* 4050-4064.

Northouse, L., Kershaw, T., Mood, D. & Schafenacker, A. (2005). Effects of a family intervention on the quality of life of women with recurrent breast cancer and their family caregivers. *Psycho-Oncology*, *14*(6), 478-491

Norton, T.R., Manna, S.L., Rubin, S., Hernandez, E., Carlson, J., Bergman, C., & Rosenblum, N. (2005). Ovarian cancer patients' psychological distress: the role of physical impairment, perceived unsupportive family and friend behaviors, perceived control and self-esteem. *Health Psychology, 24*(2), 143-152.

Nosarti, C., Roberts, J.V., Crayford, T., McKenzie, K., & David, A.S. (2002). Early psychological adjustment in breast cancer patients: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*(6), 1123-1130.

O'Grady, H. (2005). *Women's relationship with herself: Gender, Foucault, therapy*. London: Routledge.

Okamura, M., Yamawaki, S., Akechi, T., Taniguchi, K., & Uchitomi, Y. (2005). Psychiatrie disorders following first breast cancer récurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Japanese Journal of Clinical Oncology, 35(6),* 302-309.

Organisation Mondiale de la Santé (1994). Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes - CIM 10. Genève, Masson.

Organisation Mondiale de la Santé (2008). Rapport disponible sur : http://www.who.int/whosis/whostat/FR_PDF_WHS08_Full.pdf

Osaba, D., Aaronson, N.K., Zee, B., Sprangers, M.A.G. & Velde, A. (1997). Modification of the EORTC-QLQ-C30 (version 2.0) based upon content validity and reliability testing in large samples of patients with cancer. *Quality of Life Research, 6*, 103-108.

Osowiecki, D. & Compas, B. (1999). A prospective study of coping, perceived control, and psychological adaptation to breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, *23*, 169-180.

Ozalp, E., Cankurtaran, E. S., Soygur, H., Geyik, P. O., & Jacobsen, P. B. (2007). Screening for psychological distress in turkish cancer patients. *Psycho-Oncology, 16*, 4, 304-311.

Park, C.L. & Fenster, J.R. (2004). Stress-related growth: Predictors of occurrence and correlates with psychological adjustment. *Journal of Social & Clinical Psychology*, *23*(2), 195-215.

Paulhan, I. (1994). Les stratégies d'ajustement ou "coping". In: Introduction à la Psychologie de la Santé, Bruchon-Schweitzer M.L. (ed.); 99-124.

Pedinielli, J.L. (1996). Les théories étiologiques des malades. *Psychologie Française*, *41*, 137-145.

Perkins, P., Barclay, S. & Booth, S. (2007) What are patients' priorities for palliative care research?Focus group study. *Palliative Medicine*, *21*, 219-225

Peters-Golden, H. (1982). Breast cancer: varied perceptions of social support in the illness experience. *Social Science & Medicine*, *16*(4), 483-491,

Petticrew, M., Bell, R. & Hunter, D. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *British Medical Journal*, *325*, 1066-1075.

Pettingale, K.W., Morris, T., Greer, S. & Haybittle, J.L. (1985). Mental attitudes to cancer : an additional pronostic factor. Lancet, *1*, 750.

Phillips, K.-A., Osborne, R. H., Giles, G. G., Dite, G. S., Apicella, C., Hopper, J. L. & Milne, R. L. (2008). Psychosocial factors and survival of young women with breast cancer : a population-based prospective cohort study. *Journal of Clinical Oncology, 26*(28), 4666-4671.

Pierce, G.R., Sarason, I.G. & Sarason, B.R. (1991). General and relationship-based perceptions of social support: Are two constructs better than one. *Journal of personality and Social Psychology*, *61*, 1028-1039.

Pierce, T., Baldwin, M.W. & Lydon, J.E. (1997). A Relational Scheme Approach to Social Support. *In* G.R Pierce, B. Lakey, I.G. Sarason, B.R. Sarason (Eds.). *Sourcebook of social support and personality*. New York and London: Plenum Press.

Pierce, G.R., Sarason, I.G., Sarason, B.R., Solky-Butzel, J.A. & Nagle, L.C. (1997). Assessing the quality of relationships. *Journal of social and personal relationships*, *14*(3), 339-356.

Pillet M, (2003). Douleur et cancer: Physiopathologie et étiologie de la douleur en cancérologie. Article électronique. Disponible sur : http://www.fnlcc.fr.

Pinquart, M., Fröhlich, C. & Silbereisen, R.K. (2007). Cancer Patients' Perceptions of Positive and Negative Ilness-related Changes. *Journal of Health Psychology*, *12*(6), 907-921.

Pirl, W.F. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, *32*, 32-39.

Pirl, W. F., Temel, J. S., Billings, A., Dahlin, C., Jackson, V., Prigerson, H. G., Greer, J., & Lynch, T. J. (2008). Depression after diagnosis of advanced non-small cell lung cancer and survival : a pilot study. *Psychosomatics*, *49*(3), 218-224.

Plan cancer (2003-2007). Recommandations pour le Plan cancer 2009-201. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/plan_cancer.pdf. Article. Disponible sur : http://www.elysee.fr/president/root/bank_objects/2e_rapport_Plan_cancer_decembre_2010.pdf.

Plan cancer (2010). Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013. Disponible sur : http://www.plan-cancer.gouv.fr/.

Poupart, J., Groulx, L., Mayer, R., Deslauriers, J.P., Laperrière, A. & Pires, A. (1998). *La méthodologie qualitative: diversité des champs et des pratiques au Québec.* Boucherville: Gaëtan Morin.

Pruyn, J.F.A., Van Der Borne, H.W., De Reuver, R.S.M., De Boer, M.F., Bosman, J.L., Ter Pelkwijk, M.A. & De Jong, P.C. (1988). The locus of control Scale for Cancer Patients. *Tijdschift voor Sociales Gezondheidszordj*, *66*, 404-408.

Ptacek, J.T., Ptacek, J.J. & Dodge, K.L. (1994). Coping with breast cancer from the perspectives of husbands and wives. *Journal of Psychosocial Oncology*, *12*(3), 47-71.

Ranchor, A.V., Sanderman, R., Steptoe, A., Wardle, J., Miedema, I., & Ormel, J. (2002). Pre-morbid predictors of psychological adjustment to cancer. *Quality of Life Research*, *11*: 101-113.

Ransom, S., Jacobsen, P. B., Schmidt, J. E., & Andrykowski, M. A. (2005) Relationship of Problem-Focused Coping Strategies to Changes in Quality of Life Following Treatment for Early Stage Breast Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management, 30*, 243-253.

Rascle, N., Aguerre, C., Bruchon-Schweitzer, M.L., Nuissier, J., Cousson, F., Gilliard, J. & Quintard, B. (1997). Soutien social et santé: adaptation française du questionnaire de soutien social de Sarason, le SSQ. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, *33*, 35-51.

Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C. & Robaye, E. (1989). Validation de la version française de l'HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. *Revue de Psychologie Appliquée*, *39*, 295-308.

Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C. & Robaye, E. (1990) Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *British of Journal Psychiatry*, *156*, 79-83.

Razavi, D., Delvaux, N., Brédart, A., Paesmans, M., Debusscher, L., Bron, D., & Stryckmans, P. (1992). Screening for psychiatric disorders in a lymphoma out-patient population. *European Journal of Cancer 28A*, 11, 1869-1872.

Razavi, D., & Stiefel, F. (1994). Common psychiatric disorders in cancer patients. i. adjustment disorders and depressive disorders. *Support Care Cancer 2*(4), 223-232.

Razavi, D. & Delvaux, N. (1998). *Psycho-oncologie : Le cancer, le malade et sa famille*. Paris : Masson (2ème edition).

Razavi, D. & Delvaux, N. (2008). *Précis de psycho-oncologie de l'adulte*. Paris, Masson.

Reich, M. (2008). Depression and cancer: recent data on clinical issues, research challenges and treatment approaches. *Current Opinion in Oncology, 20*(4), 353-359.

Reuter, K. & Härter, M. (2001). Screening for mental disorders in cancer patients-discriminant validity of HADS and GHQ-12 assessed by standardized clinical interview. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 10*(2), 86-92.

Reynaert, C., Janne, P., Zdanowicz, N. & Naviaux A.F. (1998). Place de l'entourage dans la relation médecin-patient. *Louvain Medical, 117*, 211-223

Reynolds, J.S. & Perrin, N.A. (2004). Mismatches in social support and psychosocial adjustment to breast cancer. *Health Psychology*, *23*(4), 425-430.

Robert, P., Rey-Debove, J. & Rey, A. (2007). *Le nouveau Petit Robert: dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française.* Paris: Le Robert.

Roberts, C.S., Cox, C.E., Shannon, V.J. & Wells, N.L. (1994). A closer look at social support as a moderator of stress in breast cancer. *Health and Social Work*, *19*(3), 157-164.

Roberts, K.J., Lepore, S.T., & Helgeson, V. (2005). Social-cognitive correlates of adjustment to prostate cancer. *Psycho-oncology, 15*(3), 183-192.

Robins, L.N. (1990). Steps toward evaluating post-traumatic stress reactions as a psychiatric disorder. *Journal of Applied Social Psychology*, *20*, 1674-1677.

Robinson, D., Renshaw, C., Okello, C., Møller, H. & Davies, E.A. (2009). Suicide in cancer patients in South East England from 1996 to 2005: a population- based study. *British Journal of Cancer*, *101*(1),198-201.

Rodgers, J., Martin, C.R., Morse, R.C., Kendell, K. & Verill, M. (2005). An investigation into the psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with breast cancer. *Health Quality of Life Outcomes*, *3*, 41.

Rolland, J.P. & Petot, J.M. (1994). Questionnaire de Personnalité NEO-PI-R (traduction française provisoire). Manuscrit non publié, Université de Paris X-Nanterre.

Rolland, J.P., Parker, W.D. & Stumpf, H. (1998). A psychometric examination of the french translations of the NEO-PI-R and NEO-FFI. *Journal of Personality Assessment*, *71*, 269-291.

Romero, C., Lindsay, J.E., Dalton, W.T., Nelson, D.V. & Friedman, L.C. (2008). Husbands' perceptions of wives' adjustment to breast cancer: the impact on wives'mood. *Psycho-Oncology*, *17*, 237-243.

Ronson, A. (2004). Psychiatric disorders in oncology: recent therapeutic advances and new conceptual frameworks. *Current Opinion in Oncology*, *16*(4), 318-323.

Ronson, A. (2005). Adjustment disorders in oncology: a conceptual framework to be refined. *Encephale*, *31*(2), 118-126.

Roth, A. J., Kornblith, A. B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. I., & Holland, J. C. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer, 82*(10), 1904-1908.

Rowland, J.H. (1989). Psychological factors and adaptation. In: Handbook of psycho-oncology: *Psychological care of the patient with cancer*. Holland, J.C. (Ed.) & Rowland, J.H. (Ed.). New York: Oxford University Press.

Ruscio, A.M., Ruscio, J. & Keane, T.M. (2002). The latent structure of posttraumatic stress disorder: A taxometric analysis of reactions to extreme stress. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*, 290-301.

Ruszniewski, M. (2004). Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants. Paris : Dunod.

Saillant, F. (1988). *Cancer et culture. Produire le sens de la maladie*. Montréal : Editions Saint-Martin.

Saltel, P., De Raucourt, D., Derzelle, M., Desclaux, B., Fresco, R., Gauvain-Piquard ,A., Genot, J.Y., Landry, N., Lanzarotti, C., Lehmann, A., Machavoine, J.L., Marx, G., Oppenheim, D. & Salimpour, A. (1995). Standards, options et recommandations pour une bonne pratique en psycho-oncologie. *Bulletin du Cancer*, *82*, 847-864.

Santiago-Delefosse, M. (2002). *Psychologie de la santé : Perspectives qualitatives et cliniques*. Liège, Pierre Mardaga Editeur.

Sarafino, E.P. (1990). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. New York : Wiley.

Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, *44*, 127-139.

Sarason, I.G., Sarason, B.R. & Pierce, G.R. (1994). Social support: global and relationship-based levels of analysis. *Journal of personality and social psychology, 11*(2), 295-312.

Scarff, R.W., Bloom, H.J. & Richardson, W.W. (1957). Histological grading and prognosis in breast cancer; a study of 1409 cases of which 359 have been followed for 15 years. *British Journal of Cancer*, *11*(3), 359-77.

Schairer, C., Morris Brown, L., Chen, B.E., Howard, R., Lynch, C.F., Hall, P., Storm, H., Pukkala, E., Anderson, A., Kaijser, M., Andersson, M., Joensuu, H., Fossa, S.D., Ganz, P.A. &, Travis, L.B. (2006). Suicide after breast cancer: an international population-based study of 723,810 women. *Journal of the National Cancer Institute*, *98*(19), 1416-1419

Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247.

Scheier, M.F., Carver, C.S. & Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery and seld-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psycholog*y, *67*, 1063-1078.

Schnoll, R.A., Mac Kinnon, J.R., Stolbach, L. & Lorman, C. (1995). The relationship between emotional adjustment and two factor structures of the Mental Adjutment to Cancer (MAC) scale. *Psycho-Oncology*, *4*(4), 265-272.

Schnoll, R.A., Harlow, L.L., Brandt, U. & Stolbach, L. (1998). Using two factor structures of the mental adjustment to cancer (MAC) scale for assessing adaptation to breast cancer. *Psycho-Oncology*, *7*(5), 424-435.

Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C.M., Sandvik, L. & Karesen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, *13(5)*, 309-320.

Schou, I., Ekeberg, O., Sandvik, L., Hjermstad, M.J., & Ruland, C.M. (2005). Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Quality of life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, *14(8)*, 1813-1823.

Schraub, S., Mercier, M. (2002). Mesure de la qualité de vie. Concept, intérêt, instruments. *In* S. Schraub and T. Conroy. Qualité de vie et cancérologie, Paris : John Libbey Eurotext, 1-8.

Schroevers, M., Ranchor, A. V., & Sanderman, R. (2006). Adjustment to cancer in the 8 years following diagnosis: A longitudinal study comparing cancer survivors with healthy individuals. *Social Science & Medicine, 63(3),* 598-610.

Schultz, R., Bookwala, J. & Knapp, J. (1994). Pessimism and mortality in young and old recurrent cancer patients. In *The American Psychosomatic Society*, Boston, Massachusetts.

Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, *22*, 487-497.

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness : on depression, development and death*. San Francisco : Freeman.

Sellick, S.M. & Crooks, D. (1999). Depression and cancer: An appraisal of the research literature for prevalence, detection, interventions and practice guideline development for psychotherapeutic interventions. *Psycho-Oncology*, *8*(4), 315-333.

Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New-York : McGraw Hill.

Shelby, R.A., Crespin, T.R., Wells-Di Gregorio, S.M., Lamdan, R.M., Siegel, J.E. & Taylor, K.L. (2008). Optimism, social support, and adjustment in African American women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*, 433-444

Silberfarb, P.M., Maurer, H. & Crouthamel, C.S. (1980). Psychosocial aspects of neoplastic disease. *In*: Functional status of breast cancer patients during different treatment regimens. American Journal of Psychiatry, *137*, 450-455.

Silva, S., Moreira, H., Paredes, T., Pinto, S. & Canavarro, M.C. (2008). Posttraumatic growth among long-term breast cancer survivors: a new life trajectory. *Psycho-Oncology*, *17*(6), S10, 3L-5.

Simard, S. & Savard, J. (2009). Fear of Cancer Recurrence Inventory: development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer*, *17*, 241-251.

Simonton, S.M. (1984). *The healing family*. New-York: Bantam.

Singer, S., Herrmann, E., Welzel, C., Klemm, E., Heim, M., & Schwarz, R. (2005). Comorbid mental disorders in laryngectomees. *Onkologie, 28(12),* 631-636.

Singer, S., Danker, H., Dietz, A., Kienast, U., Pabst, F., Meister, E.F., Oeken, J., Thiele, A. & Schwarz, R. (2008). Screening for mental disorders in laryngeal cancer patients: a comparison of 6 methods. *Psycho-Oncology*, *17*, 280-286.

Singer, S., Kuhnt, S., Götze, H., Hauss, J., Hinz, A., Liebmann, A., Krauss, O., Lehmann, A. & Schwarz, R. (2009). Hospital anxiety and depression scale cut-off scores for cancer patients in acute care. *British Journal of Cancer*, *100*, 908-912.

Skarstein, J., Aass, N., Fossa, S. D., Skovlund, E., & Dahl, A. A. (2000). Anxiety and depression in cancer patients: relation between the hospital anxiety and depression scale and the european organization for research and treatment of cancer core quality of life questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research, 49*(1), 27-34.

Smith, T.W., Pope, M.K., Rhodewalt, F. & Poulton, J.L. (1989). Optimism, neuroticism, coping, and symptom reports: An alternative interpretation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 640-648.

Smith, A.B., Selby, P.J., Velikova, G. Stark, D., Wright[1], E.P., Gould, A. &Cull, A. (2002). Factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale from a large cancer population. *Psychology* and *Psychotherapy*: *Theory*, Research and *Practice*, *75*(2), 165-176.

Snaith, R.P. & Zigmond, A.S. (1994). The Hospital Anxiety and Depression Scale Manual. Windsor: NFER-Nelson.

Sneed, P.K, Gutin, P.H., Stauffer, P.R., Phillips, T.L., Prados, M.D., Weaver, K.A., et al. (1992). Thermoradiotherapy of recurrent malignant brain tumors. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, *23*(4), 853-861.

Sneeuw, K.C.A., Aaronson, N.K., Yarnold, J.R., Broderick, M., Regan, J., Ross, G., et al. (1992). Cosmetic and functional outcomes of breast concerving treatment for early breast cancer. Relationship with psychosocial functioning. *Radiotherapy and Oncology, 25,*160-166

Sobin, L.H. & Wittekind, C.H.. (1998). *TNM. Classification des tumeurs malignes*. (5ème édition). Paris : Cassini.

Solky-Bytzel, J. & Ryan, R.M. (1997). The dynamics of volitional reliance: a motivational perspective on dependence, independence, and social support. *In:* G.R. Pierce, B. Lakey, I.G. Sarason & B.R. Sarason (Eds.). *Sourcebook of social support and personality*. New York and London: Plenum Press.

Somerset, W., Stout, S.C., Miller, A.H. & Musselman, D. (2004). Breast cancer and depression. *Oncology*, *18*, 1021-1048.

Sontag, S. (1979). *La maladie comme métaphore*. Paris : Seuil.

Soto, C.J., John, O.P., Gosling, S.D. & Potter, J. (2008). The developmental psychometrics of Big Five self-reports: Acquiescence, factor structure, coherence, and differentiation from ages 10 to 20. *Journal of Personality and Social Psychology, 94*, 718-737.

Spiegel, D. & Bloom, J.R. (1983). Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinome pain. *Psychosomatic Medicine*, *45*, 333-339.

Spiegel, D. & Moore, R. (1997). Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients. *Oncology*, *11*(8), 1179-1189.

Spiegel, D., Morrow, G.R., Classen, C., Raubertas, R., Stott, P.B., Mudalliar, N., Pierce, H.I., Flynn, P.J., Heard, L. & Riggs, G. (1999). Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study. *Psycho-Oncology*, *8*, 482-493.

Spiegel, D. & Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry, 54*(3), 269-282.

Spinhoven, P.H., Ormel, J., Sloekers, P.P.A., Kempen, G.I.J.M., Speckens, A.E. & Van Hemert, A.M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) in different groups of Dutch subjects. Psychological Medicine, *27*, 363-370.

Sprangers M.A, Taal, B.G., Aaronson, N.K. & Velde, A. (1995) Quality of life in colorectal cancer. Stoma versus nonstoma patients. *Diseases of the Colon & Rectum*, *38*, 361-369

Stanton, A.L. & Snider, P. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychology*, *12*(1), 16-23.

Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., Sworowski, L. A., & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 875-882.

Stanton, A. L., Danoff-burg, S., & Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology, 11*, 93-102

Stanton, A. L., Ganz, P. A., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., Krupnick, J. L., & Sears, S. R. (2005). Promoting adjustment after treatment for cancer. *Cancer, 104*(11), 2608-2613.

Stanton, A.L. (2006). Psychosocial concerns and interventions for cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, *24*(32): 5132-5137

Stark, D.P. & House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*, *83*(10):1261-1267

Stark, D., Kiely, M., Smith, A., Velikova, G., House, A., & Selby, P. (2002). Anxiety disorders in cancer patients: Their nature, associations, and relation to quality of life. *Journal of Clinical Oncology, 20*(14), 3137-3148.

Steel, J. L., Geller, D. A., Gamblin, T. C., Olek, M. C. & Carr, B. I. (2007). Depression, immunity, and survival in patients with hepatobiliary carcinoma. *Journal of Clinical Oncology, 25*(17), 2397-2405.

Stiegelis, H.E., Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bennenbroek, F.T.C., Buunk, B.P., Van Den Bergh, A.C.M., Botke, G. & Ranchor, A.V. (2004). The impact of an informational selfmanagement intervention on the association between control and illness uncertainty before and psychological distress after radiotherapy. *Psycho-Oncology*, *13*, 248-259.

Strong, V., Waters, R., Hibberd, C., Rush, R., Cargill, A., Storey, D., Walker, J., Wall, L., Fallon, M., & Sharpe, M. (2007). Emotional distress in cancer patients: the Edinburgh cancer centre symptom study. *British Journal of Cancer, 96*(6), 868-874.

Strong, V., Waters, R., Hibberd, C., Murray, G., Wall, L., Walker, J., McHugh, G., Walker, A., & Sharpe, M. (2008). Management of depression for people with cancer (smart oncology 1): a randomised trial. *Lancet, 372*, *9632*, 40-48.

Suls, J. & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies. *Health Psychology*, *4*, 249-288.

Talley, A., Molix, L., Schlegel, R.J. & Bettencourt, A. (2010). The influence of breast cancer survivors' perceived partner social support and need satisfaction on depressive symptoms: a longitudinal analysis. *Psychology and Health*, *25*(4), 433-449.

Taylor, S.E., Lichtman, R. & Wood, S.V. (1984). Attributions, belief about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, *46*, 489-502.

Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1996). The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatric Stress*, *9*(3): 455-471.

Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, *15*(1), 1-18.

Tennen, H., Affleck, G., Urrows, S., Higgins, P. & Mendola, R. (1992). Perceiving control, construing benefits, and daily processes in rheumatoid arthritis. *Canadian Journal of Behavorial Science*, *24*, 186-203

Tennen, H. & Affleck, G. (1998). Personality and transformation in the face of adversity. *In:* R. Tedeschi, C. Park, & L. Calhoun (Eds.), Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis, *65-98*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Tennen, H., Affleck, G., Armeli, S. & Carney, M.A. (2000). A daily process approach to coping: linking theory research and practice. *American Psychologist, 55*(6),626-636

Thekkumpurath, P.,Venkateswaran,C.,Kumar,M. &Bennett,M.I. (2008). Screening for psychological distress in palliative care: a systematic review. *Journal of Pain Symptom Manage*. *36*(5), 520-528.

Thomas, J.K., Qin, B., Howell, D.A. & Richardson, B.E. (2001). Environmental hazards and rates of female breast cancer mortality in Texas. *Sociological Spectrum*, *21*, 359-375.

Tomich, P.L. & Helgeson, V.S. (2002). Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology, 11*(2), 154-169

Tomich, P.L. & Helgeson, V.S. (2006). Cognitive Adaptation Theory and Breast Cancer Recurrence: Are There Limits?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(5), 980-987

Tomich, P.L., Helgeson, V.S. & Vache, E.J. (2005). Perceived growth and decline following breast cancer: A comparison to age-matched controls 5-years later. *Psycho-Oncology*, *14*(12), 1018-1029.

Tousignant, M. (1987). *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. État de la question et propositions d'action*. Québec: Commission d'Enquête sur les Services de Santé et les Services Sociaux. Gouvernement du Québec, Québec : Les Publications du Québec.

Turner, H. (1994). Gender and Social Support: Taking the Bad with the Good. *Sex Roles*, *30*, 521-541.

Turner, J.R. & Marino, F. (1994). Social Support and Social Structure. *Journal of Health and Social Behavior*, *35*, 193-212.

Turner-Cobb, J.M., Koopman, C., Rabinowitz, J.D., Terr, A.I., Sephton, S.E. & Spiegel, D. (2004). The interaction of social network size and stressful life events predict delayed-type hypersensitivity among women with metastatic breast cancer. *International Journal of Psychophysiology*, *54*(3), 241-249

Twombly, R. (2006). Suicide after breast cancer: an international population-based study of 723 810 women. *Journal of the National Cancer Institute*, *98*(19), 1416-1419.

Uchino, B.N., Holt-Lunstad, J., Smith, T.W. & Bloor, L. (2004). Hetergenetiy in social networks: a comparison of different models linking relationships to psychological outcomes. *Journal of Social & Clinical Psychology*, *23*(2), 123-139.

Ulaszewski, A.L. (2003). Se reconstruire après l'épreuve du cancer du sein : les apports de la sophrologie lors de la phase de rémission de la maladie. Mémoire pour l'obtention du Diplôme universitaire de sophrologie, Université de Lille II.

Urcuyo, K.R., Boyers, A.E., Carver, C.S. & Antoni, M.H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health*, *20*(2), 175-192.

Ussher J.M. & Perz J. (2010). Gender differences in self-silencing and psychological distress in informal cancer carers. *Psychology of Women Quarterly*, *34*, 228-242.

Van der Steeg, A.F.W., De Vries, J., Van der Ent, F.W.C. & Roukema J.A. (2010). Personality predicts quality of life six months after the diagnosis and treatment of breast disease. *Annals of Surgical Oncology*, *14*(2), 678-685

Van de Wiel, H., Geerts, E., & Hoekstra-Weebers, J. (2008). Explaining inconsistent results in cancer quality of life studies: The role of the stress-response system. *Psycho-Oncology, 17,* 174-181.

Van't Spijker, A., Trijsburg, R. W., & Duivenvoorden, H. J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine, 59*, 280-293.

Vautier, S., Raufaste, E. & Cariou, M. (2003). Dimensionality of the Revised Life Orientation Test and the Status of Filler Items. *International Journal of Psychology, 38*, 390-400.

Vega, A. (2000). *Une ethnologue à l'hôpital. L'Ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris : Editions des archives contemporaines.

Verhofstadt, L.L., Buysse, A., Rosseel, Y. & Peene, O.J. (2006). Confirming the three factor structure of the quality of relationships inventory within couples. *Psychological assessment*, *18*(1), 15-21.

Vernant, J.P. (1999). *L'Univers, les Dieux, les Hommes*. Paris : Le Seuil.

Vickberg, S.M. (2001). Fears about breast cancer récurrence: Interviews with a diverse sample. *Cancer Practice, 9*(5), 237-243.

Vickberg, S.M. (2003). The Concerns About Recurrence Scale (CARS): a systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Annals of Behavioral Medicine, 25*(1), 16-24.

Vickers, K.S., Patten, C.A., Lane, K., Clark, M.M., Croghan, I.T., Schroeder, D.R., et al. (2003). Depressed versus non-depressed young adult tobacco users: Differences in coping style, weight concerns and exercise level. *Health Psychology, 22*(5), 498-503.

Vodermaier, A., Linden, W. & Siu, C. (2009). Screening for emotional distress in cancer patients: a systematic review of assessment instruments. *Journal of National Cancer Institute*, *101*(21), 1464-1488.

Wade, T.D., Nehmy, T. & Koczwara, B. (2005). Predicting worries about health after breast cancer surgery. *Psycho-Oncology, 14*(6), 503-509.

Ward, S. E., Viergutz, G., Tormey, D., De Muth, J., & Paulen, A. (1992). Patients' reactions to completion of adjuvant breast cancer therapy. *Nursing Research, 41,* 362-366.

Wasteson, E., Glimelius, B., Sjoden, P.O. & Nordin, K. (2006). Comparison of a questionnaire commonly used for measuring coping with a daily-basis prospective coping measure. *Journal of Psychosomatic Research*, *61*(6): 813-820.

Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medical*, *18*, 203-209.

Watson, M., Greer, S., Pruyn J. & Van Der Borne, B. (1990). Locus of control and adjustment to cancer. *Psychological Reports*, *66*, 39-48.

Watson, M., Haviland, J.S., Greer, S., Davidson, J. & Bliss, J.M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet*, *354*, 1311-1336.

Watson, M., & Bultz, B. D. (2008). Interventions psychosociales : Quel niveau d'efficacité et quelles méthodes pour soutenir les patients atteints de cancer ? In *IPOS Core Curriculum*.

WCRF (2007). World Cancer Research Fund. Rapport WCRF-AICR. Disponible sur http://www.i-dietetique.pro/?action=articles&id=5797

Weiss, J. (1971). Effects of coping behavior with and without a feedback signal on stress pathology in rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, *77*(1), 22-30.

Wellis, N.L. & Turney, M.E. (2001). Common issues facing adults with cancer. *In:* Lauria, M.M., Clark EJ, Hermann JF, Stearns NM (eds), *Social Work in Oncology*. Atlanta: American Cancer Society, 27-43.

Wells, K.B., Golding, J.M. & Burman, M.A. (1988). Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *American journal of psychiatry*, *145*, 976-981.

Westphal, M. & Bonanno, G.A. (2007). Posttraumatic Growth and Resilience to Trauma: Different Sides of the Same Coin or Different Coins?. *Applied Psychology: an international review*, *56*(3), 417-427

Wieneke, M.H. & Dienst, E.R. (1995). Neuropsychological assesment of cognitive functionning adjuvant treatment following chemotherapy for breast cancer. *Psycho-oncology*, *4*, 61-66.

Wilson, K.G., Chochinov, H.M., Skirko, M.G., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P. R., Macmillan, K., De Luca, M., O'Shea, F., Kuhl, D., Fainsinger, R.L. & Clinch, J.J. (2007). Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *Journal of Pain and Symptom Management, 33*(2)*,* 118-129.

Wong-Kim, E.C. & Bloom, J.R. (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology, 14*(7): 564-573.

Worden, J.W. (1989). The experience of recurrent cancer. *Cancer Journal for Clinicians*, *39*(5), 305-310.

Yamaoka, K., Shigehisa, T., Ogoshi, K., Haruyama, K., Watanabe, M., Hayashi, F. & Hayashi, C. (1998). Health-related quality of life varies with personality types: a comparison among cancer patients, non-cancer patients and healthy individuals in a Japanese population. *Quality of Life Research*, *7*(6), 535-544

Yang, H.-C., Thornton, L.M., Shapiro, C.L., & Andersen, B.L. (2008). Surviving recurrence: Psychological and quality-of-life recovery. *Cancer, 112*(5), 1178-1187

Young, K.E. & White, C.A. (2006). The prevalence and moderators of fatigue in people who hâve been successfully treated for cancer. *Journal of Psychosomatic Research, 60*(1), 29-38.

Yousaf, U., Christensen, M.L.M., Engholm, G. & Storm, H.H. (2005). Suicides among Danish cancer patients 1971-1999. *British Journal of Cancer, 92*(6), 995-1000.

Zabora, J., Blanchard, C. & Smith, E. (1997). Prevalence of psychological distress among cancer patients across the disease continuum. *Journal of Psychosocial Oncology*, *15*(2), 73-92.

Zabora, J., Brintzenhofeszoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology, 10*(1), 19-28.

Zakowski, S.G., Valdimarsdottir, H.B., Bovbjerg, D.H., Borgen, P., Holland, J., Kash, K., et al. (1997). Predictors of intrusive thoughts and avoidance in women with family historiés of breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine, 19*(4), 362-369.

Zautra, A.J., Reich, J.W. & Guarnaccia, C.A. (1990). Some everyday life consequences of disability and bereavement for older adults. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 550-561.

Zebrack, B., Bleyer, A., Albritton, K., Medearis, S., & Tang, J. (2006). Assessing the health care needs of adolescent and young adult (AYA) cancer patients and survivors. *Cancer*, *107*(12), 2915-2923.

Zebrack, B. J., Ganz, P. A., Bernaards, C. A., Petersen, L., & Abraham, L. (2006). Assessing the impact of cancer: Development of a new instrument for long-term survivors. *Psycho-Oncology*, *15*(5), 407-421.

Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatry Scandinavia, 67*, 361-370.

ANNEXES

ANNEXES

Annexe 1 : La carcinogénèse 259
Annexe 2 : Lexique médical 262
Annexe 3 : Les différentes chimiothérapies possibles.....266
Annexe 4 : La radiofréquence 269
Annexe 5 : Quelques effets secondaires de la chirurgie 276
Annexe 6 : Quelques effets secondaires de la radiothérapie.....277
Annexe 7 : Quelques effets secondaires de la chimiothérapie.....279
Annexe 8 : Quelques effets secondaires de l'hormonothérapie 282
Annexe 9 : Quelques effets secondaires de l'immunothérapie 283
Annexe 10 : Quelques effets secondaires de la radiofréquence 284
Annexe 11 : Les Plans Cancer 286
Annexe 12 : Quelques éléments sur la théorie de Laborit 291
Annexe 13 : Consentement éclairé et lettre d'information donnée aux patients.....295
Annexe 14 : Grille d'évaluation des données sociodémographiques 300
Annexe 15 : Questionnaire du LOT-R (Vautier et al., 2003) 302
Annexe 16 : Questionnaire du NEO-PI-R (Costa & Mc Crae., 1985) 303
Annexe 17 : Questionnaire de l'HAD de Zigmond et Snaith (1983).....304
Annexe 18 : Questionnaire d'auto-évaluation de soutien social (S.S.Q. de Sarason et al., 1983) 306
Annexe 19 : Questionnaire de l'Inventaire de la Qualité des Relations (Pierce et al., 1991).308
Annexe 20 : Questionnaire de l'échelle de contrôlabilité spécifique à la maladie 309
Annexe 21 : Questionnaire de la MAC (Watson et al., 1988 ; Cayrou et al., 2001).....310
Annexe 22 : Classifications (grade, stade et TNM) 312
Annexe 23 : Description de l'échantillon sur l'ensemble des variables contrôlées 317

Annexe 1 : La carcinogénèse

La carcinogenèse est un phénomène à plusieurs étapes, observé en cancérologie clinique et chez l'animal de laboratoire. La compréhension de son fonctionnement repose sur deux idées majeures : l'une est que la transformation tumorale est un processus cumulatif d'événements mutationnels, l'autre que ces événements sont interdépendants. Ainsi, des tumeurs bénignes montrant une prolifération cellulaire restreinte et contrôlée peuvent dégénérer en tumeurs malignes aux proliférations cellulaires anarchiques, incontrôlées, capables d'envahir les tissus adjacents. Au cours de son évolution, une cellule maligne acquiert par mutations successives des propriétés nouvelles qui la rendent de plus en plus résistante et agressive pour l'organisme. Le mécanisme essentiel de la carcinogenèse repose sur l'activation de certains oncogènes (gènes intervenant dans le contrôle de la prolifération cellulaire et capables de provoquer un processus de cancérisation) et sur l'inactivation d'anti-oncogènes (gènes suppresseurs de cancers, contrôlant l'intégrité du génome).Ainsi, la carcinogenèse est l'action de substances dites carcinogènes. Elles entraînent des anomalies génétiques touchant l'architecture ou la séquence de l'ADN. A ce stade, le cancer en formation n'est cliniquement pas observable et il n'a pas de conséquence fonctionnelle.

Ce stade de la transformation cancéreuse nécessite deux étapes : l'initiation et la promotion. Ces deux étapes sont obligatoirement successives et l'initiation précède toujours la promotion, sans quoi le processus cancéreux s'arrête. L'initiation correspond à l'accumulation des anomalies génétiques, la promotion à la réception par la cellule de facteurs de prolifération qui vont entraîner les divisions. Ces signaux vont donc pérenniser les anomalies au cours des divisions, et ainsi assurer la descendance de la cellule anormale, qui va de surcroît accumuler de nouvelles anomalies génétiques. La transformation cellulaire comporte deux éléments majeurs, l'immortalisation (les cellules deviennent incapables d'initier leur propre mort (apoptose) ou deviennent indépendantes aux signaux extérieurs qui la déclenchent) et la perte d'homéostasie (caractérisée normalement par une balance divisions/mort qui assure le maintien de la taille et de la fonctionnalité d'un organe, les cellules cancéreuses perdent la sensibilité aux signaux qui régulent la prolifération).

L'initiation est la conséquence de la carcinogenèse. L'action des carcinogènes mute des gènes importants dans le maintien de l'intégrité et des caractéristiques de chaque type cellulaire. Il en résulte des pertes ou gains de fonctions cellulaires : activation ou dé-répression d'un oncogène, inhibition ou répression d'un gène suppresseur de tumeur. Les oncogènes sont souvent des activateurs de la multiplication ou des inhibiteurs de l'apoptose (BCL, BCLX1...)

tandis que les gènes suppresseurs sont inducteurs de l'apoptose ou bloquent le cycle cellulaire (P53, BAC...).

La promotion est caractérisée par une grande instabilité génomique et une augmentation de la perte d'homéostasie. L'instabilité génomique est due à des mutations de deux types de gènes :

- « Gate keeper genes » : ils assurent le contrôle du passage à une étape ultérieure du cycle cellulaire, ce sont des "points de contrôle" du cycle cellulaire. Une perte de fonction de ces gènes permet à la cellule cancéreuse de passer rapidement à la phase ultérieure du cycle cellulaire, donc in fine de proliférer de façon incontrôlée.

- « Care taker genes » : ils assurent physiologiquement la réparation des anomalies liées à l'ADN. Leur inactivation entraîne une instabilité accrue et une accumulation d'anomalies génétiques.

Ces points de contrôle et de réparation altérés, la cellule cancéreuse a désormais perdu la capacité à "reconnaître sa vieillesse", initier sa mort et réparer les dommages de son ADN. La réponse aux signaux de croissance physiologiques est en outre disproportionnée, puis la cellule commence à produire ses propres signaux de prolifération : la croissance incontrôlée d'un pool de cellules n'a alors plus de limite.

A ce stade, le cancer est infra-clinique: c'est une masse de cellules qui survit dans l'organisme. L'environnement des cellules cancéreuses (ou stroma, microenvironnement) est dit non coopératif : il ne fournit pas aux cellules cancéreuses les nutriments et le soutien que leur développement réclame. Cette phase est critique dans le développement clinique du cancer : si le stroma reste non-permissif, le cancer n'évolue pas, ou alors très lentement. Si en revanche il s'établit une réciprocité de maintien entre cancer et stroma (le cancer envoie des signaux permissifs au stroma, qui se modifie en faveur du cancer et va lui apporter nutriments et soutien, le cancer grossit, produit de plus en plus de signaux permissifs, etc.), l'évolution du cancer reprend et passe à un stade clinique. Le stroma devient permissif lorsqu'il est le siège d'une néo-angiogenèse. L'angiogenèse tumorale est le phénomène par lequel de nouveaux petits vaisseaux sanguins se forment autour d'une tumeur. Ces vaisseaux permettent à la tumeur de se nourrir et de croître.

De son foyer initial, le cancer va (en dehors de tout traitement ou si le traitement n'est pas efficace) se développer de manière locale. Il provoque dans ce cas une compression des organes voisins, voire un envahissement et une destruction des tissus adjacents. Il peut aussi se développer de manière régionale. Il envahit alors les ganglions lymphatiques, où logent les

cellules du système immunitaire ou encore se propager à distance de la tumeur initiale et former des métastases. Il y a souvent une confusion chez les patients et leur famille : un cancer du sein avec des métastases au niveau du cerveau ne donne pas un cancer du cerveau ; c'est toujours le cancer du sein initial, mais qui s'est développé ailleurs. Il faut continuer à le traiter comme un cancer du sein.

L'évolution dépend du type du cancer et de sa prise en charge : certains ne font que très peu de métastases et sont très sensibles aux traitements permettant d'aboutir dans la grande majorité des cas à une rémission complète et prolongée (ce terme de *rémission* est spécifique de la cancérologie et diffère de guérison par l'absence de certitude quant à une récidive à court, moyen ou long terme). D'autres sont encore très difficilement maîtrisables et peuvent entraîner le décès à court terme. Une évaluation précise du type du cancer auprès d'un médecin spécialisé est donc indispensable.

Annexe 2 : Lexique médical

Anastomose : connexion entre deux structures, organes ou espaces. Il s'agit en général de connexions entre vaisseaux sanguins, ou d'autres structures tubulaires telles une boucle de l'intestin. Par exemple, lorsqu'un segment d'intestin est réséqué, les deux extrémités restantes sont raccordées par couture ou par agrafes ("anastomées") ; Cette opération est appelée anastomose intestinale

Angiogénèse : phénomène par lequel de nouveaux petits vaisseaux sanguins se forment autour d'une tumeur. Ces vaisseaux permettent à la tumeur de se nourrir et de croître. Leur formation est stimulée par des substances que sécrètent les cellules cancéreuses.

Anisocaryose : taille hétérogène des noyaux au sein d'une tumeur

Apoptose : capacité des cellules d'initier leur propre mort

Ascite : épanchement liquidien intra-abdominal ou une accumulation de liquide dans la cavité péritonéale.

Bilome : collection anormale intra ou péri-hépatique causée par la rupture des voies biliaires qu'elle soit traumatique, spontanée ou iatrogène. Les bilomes s'observent surtout après chirurgie biliaire mais peuvent se voir après tout geste de ponction ou de drainage des voies biliaires.

Carcinogenèse ou cancérogénèse : ensemble de phénomènes ou d'événements qui conduisent à la transformation d'un tissu physiologique (normal) en tissu cancéreux

Carcinome : terme désignant une tumeur développée à partir des cellules d'un épithélium (soit le 85% des tumeurs, par opposition à sarcome). Un carcinome est aussi qualifié de tumeur solide puisqu'il forme un bloc de cellules plus ou moins soudées entre elles par opposition aux cellules leucémiques qui se déplacent librement dans le sang.

Carcinome in situ : cancer localisé

Carcinose ou carcinomatose : maladie caractérisée par une tumeur formée par la prolifération des cellules d'un épithélium (tissu tapissant une cavité de l'organisme), formant un tissu fibreux creusé de cavités contenant un liquide constitué de cellules libres.

Epithéliome : Tumeur maligne du tissu épithélial. On dit aussi carcinome.

Hémostase : processus physiologique qui permet d'interrompre le saignement pour éviter l'hémorragie.

Homéostasie : processus physiologique permettant de maintenir certaines constantes du milieu intérieur de l'organisme (ensemble des liquides de l'organisme) nécessaires à son bon fonctionnement (entre les limites des valeurs normales)

Index mitotique : pourcentage de cellules cancéreuses en train de se diviser, en phase de mitose (cf. cycle cellulaire). Grossièrement estimé sur les coupes de tissu étalées sur lames et examinées au microscope, il permet d'évaluer la vitesse de prolifération tumorale, en général corrélée à l'agressivité du cancer. Un index mitotique élevé, c'est à dire une forte proportion de cellules en mitose, signifie que la tumeur prolifère activement et peut poser de sérieuses difficultés pour son traitement. Cet index est assez difficile à évaluer sur lames et on lui en préfère un autre, l'index de marquage. Pour l'obtenir, on injecte de la thymidine tritiée, base azotée marquée au tritium radioactif et incorporée par les cellules en phase de synthèse (s). Ces cellules sont ensuite repérées grâce à leur radioactivité. Cet index de marquage, ou proportion de cellules en phase de synthèse de l'ADN, (souvent noté li pour labeling index selon la dénomination anglo-saxonne) donne des renseignements plus précis que l'index mitotique. Des techniques plus récentes mesurent le temps de doublement potentiel (tpot), c'est à dire la durée théoriquement nécessaire pour qu'une tumeur double le nombre de ses cellules et son volume. Ce tpot paraît plus précis que les deux index précédents pour quantifier la vitesse ou cinétique de prolifération tumorale et mieux lui adapter le traitement, en particulier la radiothérapie.

Ki67 ou score Ki67 : antigène nucléaire marqueur de prolifération cellulaire.

Leucopénie : baisse du nombre de leucocytes totaux (c'est-à-dire de globules blancs) dans le sang (moins de 4000 éléments/mm³ ou 4 milliards/litres)

LMC : leucémie myéloïde chronique

Métastase : foyer infectieux secondaire, formé à la suite de la dissémination de cellules cancéreuses par voie sanguine ou lymphatique à partir du premier foyer (tumeur primaire ou primitive).

Mitose : terme utilisé par Schleicher en 1878 et par Flemming en 1882, processus au cours duquel une cellule mère se divise et donne naissance à deux cellules filles. Grâce à ce mécanisme la reproduction d'un organisme unicellulaire (ne comprenant qu'une seule cellule) est possible. En dehors de la production cellulaire la mitose assure également à des organismes pluricellulaires, c'est-à-dire contenant plusieurs cellules, leur croissance. L'index mitotique correspond au pourcentage de cellules cancéreuses en train de se diviser, en phase de mitose (cf. cycle cellulaire). Grossièrement estimé sur les coupes de tissu étalées sur lames et examinées au microscope, il permet d'évaluer la vitesse de prolifération tumorale, en général corrélée à l'agressivité du cancer. Un index mitotique élevé, c'est à dire une forte proportion de cellules en mitose, signifie que la tumeur prolifère activement et peut poser de sérieuses difficultés pour son traitement. Cet index est assez difficile à évaluer sur lames et on lui en préfère un autre, l'index de marquage. Pour l'obtenir, on injecte de la thymidine tritiée, base azotée marquée au tritium radioactif et incorporée par les cellules en phase de synthèse (s). Ces cellules sont ensuite repérées grâce à leur radioactivité. Cet index de marquage, ou proportion de cellules en phase de synthèse de l'ADN, (souvent noté li pour labeling index selon la dénomination anglo saxonne) donne des renseignements plus précis que l'index mitotique. Des techniques plus récentes mesurent le temps de doublement potentiel (tpot), c'est à dire la durée théoriquement nécessaire pour qu'une tumeur double le nombre de ses cellules et son volume. Ce tpot paraît plus précis que les deux index précédents pour quantifier la vitesse ou cinétique de prolifération tumorale et mieux lui adapter le traitement, en particulier la radiothérapie.

Myélome : tumeur développée aux dépends du tissu médullaire osseux et composée d'une grande quantité de cellules précurseurs de la lignée de certains globules blancs.

Néo-angiogenèse : phénomène par lequel de nouveaux petits vaisseaux sanguins se forment autour d'une tumeur

Néoplasme : terme issu du grec néos (« nouveau ») et plassein (« former »), tumeur, bénigne ou maligne, résultant d'un processus de transformation aboutissant à une structure morbide (pathologique).

Stomathérapie : maîtrise des connaissances techniques et des principes de la relation d'aide, qui doivent permettre à la personne ayant une stomie de retrouver son autonomie le plus

rapidement possible après l'intervention, de façon à reprendre une vie familiale, personnelle, professionnelle et sociale, normale

Stomie : du grec « stoma » (qui veut dire bouche), abouchement d'un organe creux à la peau. Il existe différentes sortes de stomies : des stomies digestives et des stomies urinaires. Elles nécessitent l'utilisation de matériel spécifique à chacune d'elles. Ce matériel se présente sous forme de poches qui adhèrent à la peau.

Taxanes : classe très utilisée d'agents chimiothérapeutiques. Les taxanes sont des molécules extraites de l'if, soit de l'écorce (« Taxol ») ou des aiguilles (« Taxotere »). Ces molécules ont la propriété d'arrêter la division des cellules, une propriété particulièrement intéressante face aux cellules cancéreuses qui ont la particularité de se multiplier de manière anarchique. Actuellement, elles sont utilisées dans les stades avancés du cancer du sein (carcinomes mammaires métastatiques) et dans les cancers bronchiques.

TDM ou Tomo-Densito-Métrie ou scanner : examen radiographique qui utilise les rayons X en faisceau très étroit, avec leur propriété de traverser les tissus en fonction de leur densité, pour réaliser des images en coupes axiales et fines du corps avec le plus souvent, l'utilisation de produit de contraste qui permet de renforcer les contrastes au niveau des viscères pleins.

Télomérases : enzyme ayant pour fonction de maintenir l'intégrité des cellules lors de leur division.

TEP ou Tomographie par Emission de Positons : technique d'imagerie fonctionnelle qui permet d'étudier les organes suivant des plans de coupe. Elle est basée sur l'émission de rayonnements gamma émis par l'organe étudié, après que celui-ci ait été injecté avec un métabolite radioactif. Les rayonnements sont ensuite captés et mémorisés par ordinateur pour donner des images en trois dimensions.

Thrombopénie ou thrombocytopénie : diminution du nombre de plaquettes sanguines en dessous du seuil de 150 000 plaquettes / mm^3

Annexe 3 : Les différentes chimiothérapies possibles

La chimiothérapie consiste à administrer, par injection ou sous forme de comprimés, des agents chimiques qui tuent les cellules malades. Il en existe plusieurs, qui possèdent différents mécanismes d'action et différents effets indésirables. Son usage dépend de la malignité de la tumeur, de son origine et de son stade d'évolution. Elle est souvent utilisée lorsque la tumeur réapparaît et lorsqu'il y a des métastases. La chimiothérapie est parfois indiquée avant une chirurgie pour réduire la taille de la tumeur et faciliter son ablation. Plusieurs médicaments de chimiothérapie et d'hormonothérapie visent à enrayer le phénomène d'angiogenèse de façon à « affamer » la tumeur. Dans une tumeur, seules les cellules capables de se reproduire indéfiniment (cellules souches) sont dangereuses. Ce sont elles qui sont ciblées pour être détruites. Les autres cellules, celles qui se multiplient mais ne se reproduisent pas ou pour quelques générations seulement, et celles qui se différencient, aboutissent à un processus de mort "naturelle", sans le chimiothérapeute. Il n'y a pas de drogues spécifiques aux cellules cancéreuses, ainsi tous les médicaments utilisés sont peu ou prou toxiques pour les cellules normales. La plupart des médicaments atteignent la cellule cancéreuse au moment où elle se divise, en faussant le mécanisme délicat de la division cellulaire. Les tumeurs peu actives seront donc peu touchées. A l'inverse, les tissus sains très actifs (cellules sanguines, muqueuse, peau) seront atteints facilement, et devront donc se régénérer. Toutes les drogues ont une toxicité hématologique plus ou moins forte, et le plus souvent une toxicité non hématologique. On peut distinguer 4 buts différents dans la prescription de chimiothérapie :

- *La chimiothérapie à visée curative*

C'est la chimiothérapie qui constitue l'étape majeure (complémentaire à une autre étape le plus souvent), et qui peut amener la guérison du malade. Si elle n'est pas effectuée correctement, on fait perdre une chance majeure au patient (augmentation de la survie à 60 à 100 %). La conséquence évidente en est la nécessité d'utiliser le meilleur protocole, (c'est-à-dire la meilleure association), aux doses nécessaires (c'est-à-dire celles qui ont le plus de chances d'amener vraiment la guérison, et donc éventuellement de fortes doses). On rangera dans cette catégorie la chimiothérapie des leucémies, des lymphomes, des cancers du testicule, des chorio-carcinomes placentaires, des tumeurs "embryonnaires" de l'enfant, des sarcomes osseux, des neuroblastomes, des cancers de l'ovaire, des cancers du poumon à petites cellules, de certains cancers inflammatoires du sein. Du fait de cette nécessité d'obtenir une rémission complète durable, permettant une survie véritablement prolongée, on peut être amené à

"prendre des risques", à entraîner une toxicité importante, avec nécessité de transfusions, voire d'hospitalisations en secteur protégé.

- *La chimiothérapie à visée adjuvante*

Dans cette situation, on utilise la chimiothérapie parce qu'on sait que, statistiquement, les malades ont plus de chances de survivre avec la chimiothérapie (60 %) que sans 50 %). Mais, pour un malade donné, cela n'est pas forcément vrai : les complications de la chimiothérapie peuvent venir annihiler l'effet positif attendu de la chimiothérapie. Donc, dans ces cas, il ne parait pas légitime de prendre des risques trop importants, en particulier d'entraîner des épisodes aplasiques prolongés ou nécessitant des hospitalisations à répétition. La chimiothérapie adjuvante est prescrite après l'acte le plus essentiel (chirurgie ou radiothérapie). Grâce à la chimiothérapie, statistiquement, les résultats de cet acte thérapeutique essentiel sont améliorés.

- *La chimiothérapie à visée palliative*

On attend de ces chimiothérapies qu'elles prolongent la vie des patients et qu'elle en améliore le confort. Il y a peu de chance d'obtenir une augmentation de la durée de vie ou alors pour quelques malades qui répondent particulièrement bien au traitement. Statistiquement, il n'y a pas grande amélioration de la survie. Dans ce cas, il convient d'avoir une attitude prudente quant à la toxicité du traitement et aussi dans la façon dont on présente la chimiothérapie au malade et à sa famille. Pour ces chimiothérapies palliatives, la question doit être constamment posée : quel bénéfice en tire le patient pour lequel on le prescrit. Si le bénéfice est nul ou si la toxicité est importante, est-il légitime de poursuivre ce traitement malgré le souhait de traiter le patient. Cependant, cette appellation palliative doit parfois être révisée. Ainsi, l'augmentation de la durée de la survie peut être très importante et se rapprocher fort des chimiothérapies à visée curative. Pour justifier ce terme palliatif, l'efficacité doit avoir été démontrée (de même que la radiothérapie palliative des douleurs osseuses néoplasiques a une efficacité évidente).

- *La chimiothérapie expérimentale.*

Les autres chimiothérapies sont, en fait, plus ou moins expérimentales, et doivent donc justifier l'utilisation des règles d'éthique, codifiées dans la loi Huriet de 1988 (cette loi autorise les recherches biomédicales sur l'être humain en précisant les conditions dans lesquelles elles doivent être conduites. Elle a instauré l'obligation de demander le

consentement écrit de toute personne participant à un essai thérapeutique. Elle a fait l'objet d'une révision dans le cadre de la loi de santé publique du 9 septembre2004 afin de la mettre en conformité avec les directives européennes. Il s'agit d'une rédaction d'un protocole justifiant le traitement, avis d'un comité d'éthique, accord éclairé et écrit du patient, collection des informations afin de faire progresser les connaissances). On peut ranger dans cette catégorie : les chimiothérapies intra-cavitaires, les chimiothérapies intra-artérielles, les chimiothérapies intensives avec greffe de moelle de rattrapage, (sauf pour les leucémies, où l'efficacité est démontrée), un certain nombre d'associations radio-chimiothérapiques, dont l'efficacité n'a pas été démontrée, tous les traitements nouveaux, encore en cours de phases II ou en phase III, pour lesquels on ne dispose pas d'une véritable publication princeps, mais seulement de vagues présentations incomplètes, préliminaires dont on sait que nombreux sont les résultats mirobolants qui seront démentis par la suite. Le protocole décrit avec précision : le type de pathologie pour lequel il est prescrit (localisation cancéreuse, histologie), éventuellement le stade, son intégration au sein d'un protocole global pluridisciplinaire, les situations cliniques associées permettant ou interdisant son utilisation, d'éventuelles indications (ou contre-indications) exceptionnelles, les références de littérature utiles. Pour chacun des médicaments prescrits, le protocole précise la dose (rapportée au poids, à la surface corporelle, à la concentration sanguine souhaitée, etc.), le jour voire l'heure d'administration, l'ordre de passage des médicaments, le mode d'administration, les thérapeutiques adjuvantes nécessaires ou utiles (hydratation, antiémétiques, etc.), les précautions particulières d'utilisation et de surveillance. Le protocole décrit en outre l'intervalle qui sépare les cycles de traitement (ou cures) ce qui définit la dose-intensité, le nombre de cures programmées, les principales toxicités attendues, les conditions de reprise du traitement (récupération clinique et biologique du patient), les toxicités nécessitant un arrêt définitif ou un retard du traitement, les mesures préventives et/ou curatives utilisées en cas de toxicité majeure, les modifications du traitement rendues nécessaires par une toxicité accrue, les règles générales d'adaptation de posologie.

Annexe 4 : La radiofréquence

La radiofréquence est devenue un traitement efficace lors de la prise en charge thérapeutique des métastases hépatiques (notamment de cancers colorectaux) et du carcinome hépato-cellulaire (CHC). Dans ces deux types de tumeurs, le traitement chirurgical (et la transplantation lors du CHC) représente la seule thérapeutique curative. Malheureusement, moins de 20% des patients initiaux sont des candidats à la chirurgie, avec une survie à cinq ans comprise entre 20 et 40% [1, 2]. De ce fait, il faut insister sur l'intérêt des thérapeutiques générales (chimiothérapie) et locales parmi lesquelles la radiofréquence. Le passage d'une onde de radiofréquence à travers un tissu vivant est responsable d'une élévation de la température tissulaire sans causer d'excitation neuromusculaire. Ce phénomène est à la base de l'utilisation chirurgicale du bistouri électrique. Le principe de base de la radiofréquence est donc l'application d'un courant alternatif (dont la fréquence est située entre 300 et 500 kHz) délivré par un générateur de radiofréquence connectée à une aiguille-électrode, avec création d'un circuit électrique entre cette électrode positionnée dans la tumeur et de larges plaques de dispersion sur le patient. Comme la résistance du tissu est importante en comparaison de celles des électrodes métalliques, il se produit une agitation ionique dans la tumeur et les tissus placés immédiatement au contact de l'électrode aiguille. Cette agitation ionique est responsable d'une chaleur de friction qui s'étend aux tissus adjacents par conduction et génère donc une nécrose de coagulation :

- Pour une température inférieure à 40 °C, il n'existe pas d'altération cellulaire
- Entre 42 et 45°C, il n'existe pas de mort cellulaire, mais on note une sensibilité cellulaire à la radiothérapie et la chimiothérapie
- Pour une température supérieure à 45° pendant 60 minutes, on constate des dommages cellulaires irréversibles
- Entre 50 et 52 °C, ces dommages irréversibles apparaissent entre quatre et six minutes
- Entre 60 et 100°, la coagulation tissulaire est quasi immédiate
- A plus de 100°C, on note une vaporisation puis une carbonisation tissulaire, facteurs limitant à la diffusion de la chaleur, du fait d'une majoration de l'impédance du tissu et d'une diminution progressive du courant thermique [3].

Les différents systèmes

- Le système Berchtold : utilisation d'une électrode perfusée; générateur délivrant une énergie maximale de 60 W; système de rétro-contrôle de la puissance délivrée en fonction de l'impédance entre l'aiguille et la plaque de dispersion
- Le système Valleylab : utilisation d'une électrode refroidie à l'intérieur ; générateur délivrant une énergie maximale de 200 W; système de rétro contrôle identique au précédent. Possibilité d'insertion d'une triple aiguille (cluster)
- Les systèmes à aiguille expansible (RITA et Boston Scientific) : elles permettent de déposer l'énergie sur un plus grand volume. Avec le premier système, la régulation de l'énergie se fait en fonction de la température recueillie par cinq thermo-sondes à l'extrémité des électrodes. Avec le deuxième système, il s'agit d'une régulation en fonction de l'impédance.

Au total, quel que soit le système utilisé, la nécrose de coagulation sphérique obtenue ne dépasse pas une taille de 35mm. Du fait de la nécessité d'obtention d'une marge de sécurité carcinologique, il apparaît licite de ne traiter en une seule application que des lésions entre 25 et 30 mm de diamètre maximum.

Bilan pré procédure

Il comporte :

- une évaluation abdominale et en particulier hépatique par TDM ou IRM avec étude du nombre de la taille et de la topographie des lésions, de leur rapport avec les structures glissoniennes et sus-hépatiques, la vésicule biliaire, le diaphragme et les structures digestives (estomac et surtout côlon notamment si antécédents opératoires), la recherche d'une ascite
- un examen tomo-densitométrique (TDM) thoracique
- éventuellement, une TEP
- une évaluation par l'opérateur de l'accessibilité par échographie.

En effet, dans la plupart des institutions, la procédure se fait par voie percutanée sous repérage échographique. Les avantages de l'abord percutané sous échographie sont multiples : facilité de procédure, contrôle en temps réel, possibilité d'abord oblique, caractère moins invasif,

moindre morbidité, coût, sous anesthésie locale ou neuroleptanalgésie avec une hospitalisation inférieure en principe à 48 heures. D'autres modalités peuvent se discuter en fonction de l'habitude des équipes, la topographie des lésions, la planification thérapeutique :

- radiofréquence avec repérage tomodensitométrique parfois par voie trans-pleurale pour des lésions du dôme, sous laparoscopie ou laparotomie plus ou moins associées à une hépatectomie
- radio fréquence sous IRM, nécessitant l'emploi d'électrodes compatibles, avec l'avantage d'un contrôle immédiat de la nécrose de coagulation à l'aide de séquences de thermométrie
- un bilan d'hémostase (comme pour une PBH) : TP>50%, TCA <1,5 témoin, plaquettes >50 000.

Procédure

Elle est réalisée le souvent à l'aide d'une neuroleptanalgésie qui permet une anesthésie profonde pendant une durée d'action courte (le temps moyen d'une procédure est de l'ordre de 20 à 30 minutes). Une antibiothérapie n'est pas systématique.

- Réalisation d'une anesthésie locale, en particulier de la capsule, en début ou fin de procédure;
- Mise en place de l'aiguille de radiofréquence au sein de la lésion avec repérage échographique.

L'apparition du nuage hyperéchogène est relativement rapide, d'augmentation progressive et d'aspect variable, notamment en fonction du type de la lésion. Il correspond à des micro-bulles de gaz dans le tissu et non à la nécrose de coagulation. Ce nuage est transitoire, de 15 minutes à une heure. Il perturbe parfois le repositionnement de l'aiguille de radiofréquence.

En post radiofréquence immédiat, la zone de nécrose de coagulation est le plus souvent sous-estimée en échographie et surestimée en TDM. En TDM, sans injection, on note un aspect hyperdense de la lésion avec un halo périphérique hypodense.

Contrôle à distance

Du fait de l'apparition d'un tissu de granulation inflammatoire périphérique responsable d'une prise de contraste fine et régulière, persistant deux à trois mois, le premier contrôle doit être réalisé, par TDM ou IRM, entre six semaines et trois mois. Puis, doit être réalisé un contrôle tous les trois mois jusqu'à un an, puis tous les six mois jusqu'à la fin de la deuxième année.

Les résultats :

- **CHC**

- Pour les CHC de petite taille, inférieurs à 3 cm, on note une nécrose complète dans 90 à 95 % des tumeurs (80-82% dans l'alcoolisation), un nombre moins important de sessions de traitement pour la radiofréquence par rapport à l'alcoolisation (1,2 vs 4,8), un taux de complications un petit peu majoré, une survie sans récidive à un et deux ans plus importante avec la radiofréquence.
- Il faut toutefois noter l'existence d'une différence entre la nécrose complète en imagerie, évaluée à 90 % des cas, et celle relevée sur l'analyse histologique des lésions sur pièce d'hépatectomie, qui note une nécrose complète dans 75% des cas.
- Pour des CHC > 3 cm : dans la série de Giorgio [4], il est noté une nécrose complète évaluée à 83 % entre 3 et 4 cm, à 47% entre 4 et 5cm, à 12% au-delà de 5 cm.

Dans la série de Livraghi [5], une nécrose complète est obtenue dans 71% des tumeurs non infiltrantes entre trois et 5 cm, 25% des lésions>5 cm.

Dans la plupart des séries, et ceci quelle que soit la taille entre trois et 5 cm, la survie est globalement supérieure à 90%.

A trois ans, il existe des différences en fonction de la taille, allant de 45 à 70%.

Dans la série de Lencioni [6], la survie à un et deux ans est évalué à 100 et 98% dans la série avec radiofréquence, à 96 et 88% dans la série avec alcoolisation. La survie sans récidive locale à un et deux ans est évaluée à 98 et 96% avec la radiofréquence, à 83 et 62% avec l'alcoolisation.

De manière manifeste, il faut donc souligner l'efficacité de la radiofréquence, notamment sur les lésions inférieures à 3 cm, et la supériorité globale de cette technique par rapport à l'alcoolisation.

- **Métastases hépatiques de CCR**

Le taux de nécrose est inférieur à celui observé dans les séries de CHC. Pour des lésions inférieures à 3 cm [7], la nécrose complète est de 62 % ; pour des lésions inférieures à 4,5 cm, elle est de 52% [8]; dans une série concernant des lésions globalement inférieures à 3 cm(87%), elle est de 58% [9].

Dans des séries plus récentes, on note une nécrose complète entre 91et 98%, et une survie sans récidive lésionnelle à plus d'un an évaluées entre 31 et 49% [10, 11]. 50% des récidives l'ont été pour des lésions > 3 cm [10].

Une équipe a souligné l'apport éventuel de la radiofréquence au cours d'une «période test» avant résection hépatique éventuelle [12]. Une nécrose complète a été obtenue chez 60 % des patients uniquement (63% des métastases). Sur un suivi moyen de 33 mois, 30% des patients n'ont pas récidivé. Dans les 70 % de récidive, 70 % étaient intra-hépatiques, 19% intra et extra-hépatiques, et 1 %n extra-hépatiques. En cas de récidive intra-hépatique, 50% des patients retraités n'ont pas récidivé après retraitement avec un recul moyen de 28 mois. Plusieurs séries ont souligné l'intérêt des thérapeutiques combinées.

Dans la série d'Elias [13], la survie à quatre ans est évaluée à 22 % avec radiofréquence isolée, à 36 % avec radiofréquence plus chirurgie. De même, il semble exister une amélioration de la médiane de survie après chimiothérapie plus radio fréquence (28,9 mois) [14] par rapport à la chimiothérapie seule (20 mois) [15, 16]. Enfin, dans la même série [14], il est établi des facteurs prédictifs de meilleure survie après radiofréquence : dosage initial d'ACE < 200 ng/mL, trois tumeurs ou moins, la plus grosse lésion < 3 cm.

- **Autres lésions**

- La radiofréquence a été également proposée dans le traitement des métastases hépatiques symptomatiques de tumeurs neuro-endocrines [17].
- Le cancer du sein métastatique au niveau du foie est habituellement considéré comme une maladie diffuse. Toutefois, 5 à 12% des métastases peuvent être confinées au foie et certaines séries ont rapporté un bénéfice à la résection chirurgicale de ce type de

métastases [18]. Pour des lésions de diamètre moyenne 1,9 cm, Livraghi a noté une nécrose complète dans 92% des cas. Lors du suivi, 58% des patients ont eu de nouvelles métastases hépatiques, dont 70% des métastases hépatiques nouvelles. Enfin, 63% des patients initialement atteints de métastases hépatiques n'ont pas de récidive hépatique [19].

- Enfin, la radiofréquence a été réalisée avec succès dans le traitement de certaines tumeurs bénignes : adénome [20], angiome caverneux symptomatique [21].

Références bibliographiques sur la radio-fréquence :

1. Choi TK, Lai ECS, Fan ST, et al. Results of surgical resection for hepatocellular carcinoma. Hepatogastroenterology 1990; 37: 172-5.

2. Franco D, Capussotti L, SmadjaC, et al. Resection of hepatocellular carcinoma: results in 72 Europeanpatients with cirrhosis. Gastroenterology 1990; 98: 733-8.

3. Goldberg SN, Gazelle GS, Dawson SL, Rittman WJ, Mueller PR, Rosenthal DI. Tissue ablation with radiofrequency: effect of probe size, gauge, duration, and temperatureonlesion volume. Acad Radiol 1995; 2: 399-404.

4. Giorgio A, Tarantino L, De Stefano G, et al. Percutaneous sonographically guided saline-enhanced radiofrequency ablation of hepatocellular carcinoma. Am JRoentgenol 2003; 181: 479-84.

5. Livraghi T, Goldberg SN, Lazzaroni S, et al. Hepatocellular Carcinoma: Radiofrequency Ablation of Medium and Large Lesions. Radiology 2000; 214: 761-8.

6. Lencioni RA, Allgaier HP,Cioni D, et al. Small hepatocellular carcinoma in cirrhosis: randomised comparison of radio-frequency thermal ablation versus percutaneous ethanol injection. Radiology 2003; 228: 235-40.

7. Rossi S, Di Stasi M, Buscarini E, et al. Percutaneous radiofrequenceinterstitial thermal ablation in the treatment of hepaticcancer. Am JRoentgenol 1996; 167: 759-68.

8. Livraghi T, Goldberg SN, Monti F, et al. Saline enhanced radiofrequency tissue ablation in the treatment of liver metastases. Radiology 1997; 202: 205-10.

9. Solbiati L, Ierace T, Goldberg SN, et al. Percutaneous US-guided radiofrequency tissue ablation of liver metastases: treatment and follow-upin 16 patients. Radiology 1997; 202: 195-203.

10. De Baere F, Elias D, Dromain C, et al. Radiofrequency ablation of 100 hepatic metastases with a meanfollowupofmore than1 year. Am J Roentgenol 2000; 175: 1619-25.

11. Solbiati L, Livraghi T, Goldberg SN, et al. Percutaneous radio-frequency ablation of hepatic metastases from colorectal cancer: long-term results in 117 patients. Radiology 2001; 221: 159-66.

12. Livraghi T, Solbiati L, Meloni F, Ierace T, Goldberg SN, Gazelle GS. Percutaneous radiofrequency ablation of liver metastases in potential candidates for resection: the "test-of-time approach". Cancer 2003; 97: 3027-35.

13. Elias D, Baton O, Sideris L, Matsuhisa T, Pocard M, Lasser P. Local recurrences after intraoperative radiofrequency ablation of liver metastases:a comparative study with anatomicand wedge resections. Ann Surg Oncol 2004; 1: 500-5.

14. Berber E, Pelley R, Siperstein AE. Predictors of survival after radiofrequency thermal ablation of colorectal cancer metastases to the liver:a prospective study. JClin Oncol 2005; 23: 1358-64.

15. Goldberg RM, Sargent DJ, Morton et al. A randomized controlled trialof fluorouracil plus leucovorin, irinotecan,and oxaliplatin combinations in patients withpreviously untreated metastaticcolorectal cancer. JClin Oncol 2004; 22: 23-30.

16. Tournigand C, Andre T, Achille E, et al. FOLFIRI followed by FOLFOX6 or the reverse sequencein advanced colorectal cancer:a randomized GERCOR study. JClin Oncol 2004; 22: 229-37.

17. Henn A, Levine E, McNulty W, Zagoria R. Percutaneous Radiofrequency Ablation of HepaticMetastases for SymptomaticRelief of Neuroendocrine Syndromes. AJR 2003; 181: 1005-10.

18. Elias D, Lasser PH, Montrucolli D, Bonvallot S, Spielmann M. Hepatectomy for liver metastases from breast cancer. Eur JSurg Oncol 1995; 21: 510-13.

19. Livraghi T, Goldberg SN, Solbiati L, Meloni F, Ierace T, Gazelle GS. Percutaneous radio-frequency ablation of liver metastases from breast cancer: initialexperiencein 24patients. Radiology 2001; 220: 145-9.

20. Hashimoto L, Dabbs A, Sewell P, Doherty M. Resection and radiofrequency ablation of multiple liver adenomas secondary to anti-conceptive pills. Hepatogastroenterology 2004; 51: 837-8.

21. ZagoriaRJ, Roth TJ, Levine EA, Kavanagh PV. Radiofrequency ablation of a symptomatic hepaticcavernous hemangioma. Am JRoentgenol 2004; 182: 210-12.

Annexe 5 : Quelques effets secondaires de la chirurgie

Chirurgie de dérivation

Une chirurgie de dérivation peut être réalisée lorsque la tumeur constitue un obstacle soit au niveau des voies respiratoires, soit au niveau du tube digestif, soit au niveau du tractus urinaire. Citons :

- la trachéostomie (plus ou moins en urgence) des cancers ORL ou thyroïdiens,
- la colostomie des tumeurs digestives ou ovariennes,
- la gastrostomie pour nourrir le patient atteint de cancer de l'œsophage ou d'un cancer ORL,
- l'urétérostomie ou les dérivations urinaires internes en cas de tumeurs vésicales, prostatiques ou gynécologiques,
- les shunts pour traiter l'hypertension intracrânienne.

Chirurgie du cancer du sein : Lymphœdème :

Le lymphœdème du bras constitue une des infirmités séquellaires de la chirurgie mammaire les plus invalidantes. Survenant très constamment autrefois, lorsque les curages axillaires étaient réputés thérapeutiques, ils sont devenus moins fréquents (environ 7% des cas) avec les techniques plus conservatrices du tissu intersticiel péri-ganglionnaire. Une des conséquences thérapeutiques de la survenue de ce lymphœdème a été la mise en place de la technique du ganglion sentinelle, qui devrait éviter complétement la survenue de cette complication très invalidante, tout au moins pour les malades n'ayant pas de ganglions atteints.

La pratique d'une radiothérapie axillaire (consécutive à la découverte de ganglions positifs) et dont l'efficacité thérapeutique est souvent remise en question, constitue aussi un facteur aggravant pour la survenue de lymphœdème.

Le lymphœdème intéresse en général tout le bras, allant jusqu'à la main et la rendant parfois monstrueuse. Il se complique assez fréquemment d'infection cutanée (soit à l'occasion d'un traumatisme local minime soit sans raison apparente) sous forme notamment d'un érysipèle streptococcique, nécessitant une antibiothérapie adaptée.

Le traitement fait appel aux drainages lymphatiques, que ceux-ci soient manuels ou mécaniques, avec dans l'entre temps le port d'un manchon, dont la tolérance est en général assez médiocre.

Annexe 6 : Quelques effets secondaires de la radiothérapie

La survenue d'effets secondaires est peu dépendante de la dose par fraction. Elles correspondent aux lésions des tissus à renouvellement rapide (épiderme, muqueuses, cellules hématopoïétiques, ...) et sont inévitables. Les réactions cutanées et muqueuses immédiates sont assez constantes, mais d'intensité très variable : de la simple gène à l'inconfort majeur, obligeant parfois à un arrêt temporaire (rarement définitif) de l'irradiation.

Ainsi, on peut rencontrer :

- Des réactions cutanées :

1-L'érythème fugace peut s'observer dès les premières séances (d'origine inflammatoire).

2-L'épidermite sèche se manifeste au bout de 15 jours environ par une pigmentation progressive, une desquamation fine et un léger prurit, au niveau des zones d'entrée ou de sortie des rayons, près des plis ou lorsque les rayons abordent tangentiellement la peau. L'épidermite exsudative est rare avec les appareils modernes de traitement, elle se traduit par des phlyctènes, puis des suintements séreux et des douleurs locales. Etendue, elle impose l'arrêt de l'irradiation, une désinfection locale et des pansements gras. Elle cicatrise sans séquelle, permettant de reprendre l'irradiation. Elle se complique rarement de pyodermites.

3-L'alopécie ou l'épilation, parfois définitive, s'observe selon l'énergie du rayonnement utilisé

- Des réactions muqueuses :

1-La mucite : commençant à se manifester à partir de 15 à 25 Gy (10-20 jours), elle est rouge puis blanche, douloureuse, s'accompagnant de dysphagie. Traitement par anti-inflammatoires, anesthésiques locaux, pulvérisations antiseptiques. Possibilité de candidose surajoutée.

2-La sécheresse des glandes salivaires : elle survient dès que la dose dépasse 30-40 Gy, sans possibilité de correction bien nette (salive artificielle).

3-Au niveau du larynx : on peut observer une dysphonie, voire une dyspnée (à traiter par corticoïdes).

4-Au niveau ORL : l'œsophagite radique survient vers 30 Gy, entraînant une dysphagie sévère. D'où l'intérêt du "split-course" qui arrête le premier temps de l'irradiation à 30 Gy et laisse le temps aux lésions aiguës de cicatriser avant la reprise du traitement.

5-Au niveau du médiastin : Le poumon radique aigu est une complication rare, à partir de la dose de 25-30 Gy, en cas d'irradiation intéressant un grand volume. Elle débute un mois après l'irradiation, se manifestant par une dyspnée avec fièvre à 39°. Il s'agit d'une alvéolite inflammatoire, nécessitant une corticothérapie, très efficace si elle est débutée dès l'apparition des premiers signes

6-Au niveau de l'abdomen : l'iléite radique précoce survient dès 30-40 Gy, surtout chez les patients obèses, ou après une laparotomie à l'origine d'une diminution de la mobilité des anses grêles. Elle entraîne douleurs abdominales, diarrhée, état fébrile, voire un tableau sub-occlusif. Elle oblige à un arrêt de l'irradiation, nécessite une mise au repos de l'intestin, réhydratation, anti-diarrhéiques, antiseptiques intestinaux et corticothérapie. L'intervention chirurgicale doit être évitée à tout prix, car à l'origine de résections intestinales massives et itératives. La cystite précoce se traduit par des mictions fréquentes, des brûlures mictionnelles et une dysurie. Elle nécessite, en cas de doute, une cytologie urinaire. Un traitement anti-inflammatoire simple, une diurèse importante sont recommandés

7-Au niveau du pelvis : la rectite précoce : Notamment en cas d'irradiation du sigmoïde, se traduit par une diarrhée, des douleurs rectales, des glaires et éventuellement des rectorragies, pouvant nécessiter des lavements aux corticoïdes

- Réactions aiguës générales

Elles sont assez communes à toutes les irradiations :

- asthénie (d'autant plus marquée que le volume irradié est important)
- nausées, vomissements (pouvant être très améliorés par les nouveaux anti-vomitifs ou sétrons)
- anorexie (difficile à traiter),
- anémie, leucopénie, thrombopénie, en cas de volume médullaire irradié important, à surveiller par une NFS régulière : le retour à la normale étant lent, on arrête généralement l'irradiation en-dessous de 1 000 polynucléaires, et 80 000 plaquettes.

Annexe 7 : Quelques effets secondaires de la chimiothérapie

La chimiothérapie anti-cancéreuse présente de nombreuses toxicités qu'on peut classer en deux grandes catégories :

- les **toxicités aiguës**, qui, pour la plupart, sont assez communes d'un médicament à l'autre,
- les **toxicités chroniques**, qui, au contraire, pour la plupart, sont particulières à une famille thérapeutique.

1)Toxicités aigües :

♦ **Toxicité hématologique**

- *Anémie et transfusions*

L'érythropoïèse normale est un mécanisme très finement réglé de production permanente de globules rouges. L'anémie est régulièrement observée au cours des pathologies malignes en dehors de tout traitement. Les mécanismes en sont variés. La plupart des chimiothérapies entraîne à la longue une anémie, dont la correction peut nécessiter des transfusions, lorsque cette anémie devient symptomatique (dyspnée, fatigue), ce qui survient habituellement avec des taux d'hémoglobine au-dessous de 8g.

- *Thrombopénie et transfusions plaquettaires*
- *Leucopénie et antibiotiques*

♦ **Toxicités digestives aigües**

- Vomissements aigus
- Vomissements retardés - anorexie
- Mucite
- Diarrhées aiguës

♦ **Choc anaphylactique**

Cette réaction d'hypersensibilité immédiate se caractérise par un collapsus-cardio-vasculaire brutal et intense, avec extravasation vers le secteur interstitiel du liquide plasmatique par augmentation de la perméabilité vasculaire).

- **Alopécie**

Il s'agit toujours d'alopécie réversible. Les casques réfrigérants sont, en général, plus ou moins efficaces, permettant de conserver des cheveux. Leur efficacité dépend du médicament antimitotique utilisé et de la dose. Ils doivent être portés pendant tout le passage plasmatique du produit alopéciant et sont, de ce fait, souvent mal tolérés (deux heures constituent souvent une durée maximale de tolérance de ce froid sur la tête).

- **Insuffisance rénale aiguë**
- **Fatigue**

La fatigue est un élément constant de la chimiothérapie. Certaines chimiothérapies épuisent le malade d'autant plus qu'il est âgé, qu'il a des maladies associées ou que la chimiothérapie est très intense. La chimiothérapie adjuvante (ou curative) habituelle, prescrite par cures espacées de 3 semaines à un mois, fatigue le malade d'une façon moins intense. En général, la première semaine, le patient ne peut faire grand-chose, quoique certains reprennent leur activité sitôt sortis de l'hôpital. La seconde semaine permet une certaine reprise de l'activité et la troisième semaine est en général assez bonne. Souvent, le malade ne mange que très peu la première semaine et perd du poids, mais récupère progressivement l'appétit et reprend son poids au cours des deux semaines suivantes. La prescription espacée de cures permet non seulement la récupération hématologique mais le maintien d'une assez bonne condition physique (notamment chez les jeunes). Au fur et à mesure de la poursuite des cures, le malade récupère de moins en moins vite et se fatigue beaucoup plus, notamment en cas d'anémie associée. Parfois, la fatigue devient telle que le malade ne sort plus de chez lui : il convient d'arrêter le traitement ou d'espacer une cure pour lui permettre de récupérer.

2)Toxicités chroniques

- **Toxicités cardiaques**
- **Complications pulmonaires**
- **Complications digestives**
- **Complications cutanées et capillaires**
- **Réactions d'hypersensibilité**
- **Complications rénales et vésicales**
- **Complications neurologiques**

Certaines se manifestant précocement par des fourmillements, des troubles sensitifs proprioceptifs, des troubles des réflexes.

- **Troubles cognitifs**

On décrit de mieux en mieux les troubles cognitifs variés observés après chimiothérapie. Près de 25 à 30% des patients traités en souffriraient, même si le plus souvent l'intensité est modérée, nécessitant des tests précis pour être mis en évidence. La durée de ces troubles est le plus souvent transitoire s'étalant sur 6 à 24 mois. Ils inquiètent souvent les patients. Un certain nombre de facteurs semblent majorer le risque de survenue : dépression, anxiété, fatigue. On peut observer : des pertes de mémoire, des troubles de la mémoire verbale ou visuelle, des troubles de l'attention et de la concentration, un ralentissement des processus psychomoteurs, une diminution des performances motrices, des troubles de la visualisation spatiale. Il n'y a pas, à l'heure actuelle, de thérapeutique corrective bien éprouvée, ni médicamenteuse, ni cognitive (exercices variés et divers).

- **Troubles gonadiques**

  - *Chez la femme*

Les agents alkylants, et la polychimiothérapie entraînent une aménorrhée, d'autant plus précoce et d'autant moins réversible, que la femme est proche de la ménopause. Lorsqu'elle survient, elle s'accompagne du cortège habituel à une ménopause précoce. Quand l'aménorrhée est réversible, les grossesses sont possibles, et, semble-t-il, sans risque particulier de malformations.

  - *Chez l'homme*

Les antimitotiques bloquent la spermatogenèse, et provoquent une stérilité qui peut ne pas être réversible. Il convient de proposer une congélation de sperme avant le traitement, à condition que le sperme soit de qualité suffisante, ce qui n'est pas toujours le cas lors de la phase aiguë de la maladie. Si la spermatogenèse redevient normale, les risques de malformations congénitales ne semblent pas plus importants que normalement. Les fonctions endocrines sont en général bien conservées.

Annexe 8 : Quelques effets secondaires de l'hormonothérapie

- *Tamoxifène*

  - Anomalies bénignes de l'endomètre (partie interne de l'utérus) (atrophie, hypertrophie) avec risque très faible mais réel de cancer de l'endomètre : en cas de pertes de sang en dehors des règles, une consultation gynécologique s'impose ainsi qu'une hystéroscopie
  - Bouffées de chaleur
  - Prurit vulvaire, pertes blanches ou sécheresse vaginale
  - Nausées rares, maux de tête
  - Disparition des règles ou cycles irréguliers chez les femmes non ménopausées.
  - Une contraception mécanique efficace est indispensable car la tamoxifène est inducteur d'ovulation et par ailleurs tératogène (risque de malformations en cas de grossesse sous ce traitement)
  - Cataractes, modifications cornéennes, rétinopathies (rares)
  - Prise de poids assez fréquente
  - Anomalies hématologiques et tests hépatiques rares
  - Thromboses profondes (phlébites) et embolies pulmonaires : en cas d'intervention chirurgicale, d'immobilisation, voire de long voyage, une anticoagulation préventive et/ou l'arrêt très transitoire du médicament peuvent être recommandés. En parler avec votre médecin.

- *Anti-aromatases :*

  - Douleurs musculaires et articulaires très fréquentes avec dérouillage matinal ou après immobilité
  - Bouffées de chaleur,
  - Sécheresse vaginale
  - Troubles digestifs rares à type de nausées ou maux de ventre
  - Modifications des enzymes hépatiques sur la prise de sang
  - Elévation du cholestérol (contrôle régulier annuel du cholestérol recommandé)
  - Risque de déminéralisation osseuse et ostéoporose
  - Eruptions cutanées très rares en début de traitement
  - Thrombophlébites (très rares)
  - Exacerbation d'un syndrome du canal carpien
  - Insomnies
  - Pertes de mémoire

Annexe 9 : Quelques effets secondaires de l'immunothérapie

Effets aigus

Les effets aigus généraux sont les plus constants : fièvre, frissons, céphalées, douleurs musculaires, nausée, vomissement, diarrhée.

On observe aussi fréquemment : une hyperthermie, de la tachycardie, une anémie, une neutropénie modérée, des rash.

Beaucoup plus rarement, une rhabdomyolyse (destruction du muscle strié ou muscle volontaire), une nécrose hépatique subaigüe.

Effets chroniques

Certains sont quasi-constants : anorexie, dysgueusie (perturbation du goût), fatigue, état dépressif.

D'autres sont plus rares : perte de poids, alopécie, hypothyroïdie,

Voire exceptionnels : syndrome néphrotique.

Annexe 10 : Quelques effets secondaires de la radiofréquence

De manière naturelle, il existe un «syndrome post radiofréquence», chez 36% des patients, associant des douleurs abdominales, une fièvre durant 4-5 jours, des nausées, des douleurs rapportées à l'épaule droite, une gêne thoracique, des céphalées, relativement fréquemment un syndrome biologique avec élévation des transaminases et de la bilirubine, et ceci notamment pour des lésions >4,5 cm.

Une importante étude multicentrique de plus de 1000 patients a rapporté des taux de complication de 2,43 % et une mortalité de 0,09% (pour la chirurgie, la morbidité est de 22 à 39% et la mortalité et de 0 à 7%).

- Les complications hémorragiques sont celles de tout traitement percutané, en soulignant que dans le cas de la radiofréquence, il est possible de réaliser une cautérisation du trajet de ponction lors du retrait de la seconde, peut-être également à l'origine d'un moindre essaimage.
- Les abcès intra-hépatiques ont été le plus souvent rencontrés lors d'une anastomose bilio-digestive sous-jacente. Le traitement repose le plus souvent, outre une antibiothérapie, sur un drainage par voie percutanée. Pour certaines équipes, il s'agit d'une contre-indication formelle.
- Les thromboses portales sont relativement précoces. Elles se voient particulièrement : sur des petits vaisseaux après clampage portal, chez le cirrhotique du fait d'un bas débit portal. Cette thrombose est plus fréquente après alcoolisation qu'après radiofréquence. Elle est le plus souvent limitée et peu symptomatique. Mais elle peut être extensive sur insuffisance hépato-cellulaire sévère et nécessiter un recours à un traitement anticoagulant.
- Les complications biliaires affectent environ 17 % des patients. Il s'agit le plus souvent d'une dilatation biliaire isolée, segmentaire, non évolutive, apparaissant au bout d'un mois et demi et nécessitant exceptionnellement une prise en charge thérapeutique. Il s'agit parfois d'un bilome (collection anormale intra ou péri-hépatique) pouvant nécessiter un drainage.

- Les perforations digestives (côlon) sont exceptionnelles (< 0,1%) mais graves. La présence d'une interposition colique notamment s'il existe une intervention antérieure peut nécessiter une prise en charge non percutanée.

Les autres complications sont exceptionnelles ou peu graves : épanchement pleural, pneumothorax, perforation diaphragmatique, cholécystite. La proximité du diaphragme ou de la vésicule biliaire n'est pas une contre-indication à la réalisation d'une radiofréquence par voie percutanée, de même la présence de clips et la topographie sous-capsulaire de la tumeur.

Au total, les contre-indications sont essentiellement représentées par des troubles de l'hémostase (processus physiologique qui permet d'interrompre le saignement pour éviter l'hémorragie), une ascite (épanchement liquidien intra-abdominal ou une accumulation de liquide dans la cavité péritonéale) abondante, et pour certains, une anastomose (connexion entre deux structures) bilio digestive.

Annexe 11 : Les Plans Cancer

Le plan cancer 2003-2007 a constitué une avancée majeure dans l'histoire de la lutte contre la maladie. La réunion de concertation multidisciplinaire (RCP), généralisée par ce plan, constitue un moment clef de la prise en charge des patients. C'est là ou seront décidés les traitements pour tous les malades. La mise en place du plan cancer 2003-2007 bénéficiera d'une réflexion débutée depuis les années 1980 :

- 1985 : Le livre blanc de la lutte contre le cancer : en 1982 la concertation nationale sur le cancer, puis en 1983 la commission nationale des cancers fait un état de lieu de la prise en charge du cancer afin de dégager les nouvelles stratégies de lutte. Dans le rapport « lutte contre le cancer en France », la commission nationale des cancers définit les objectifs à court et moyen terme. Elle est composée de cancérologues, chercheurs, spécialistes au contact de la maladie cancéreuse, d'association de patients et par la mutualité.

- 1994 : le rapport de l'IGAS : en 1994 l'IGAS (l'Inspection générale des affaires sociales) dans son rapport sur la prise en charge des patients cancéreux souligne de nombreuses défaillances dans l'organisation des soins : le dépistage précoce occupe selon ce rapport une place restreinte en France, il n'y a pas de politique concertée contre le cancer, les moyens de lutte sont jugés éparpillés, le manque de coordination entre les acteurs et les inégalités dans certains domaines sont soulignés. L'action plus concurrentielle que coordonnée des intervenants rend selon ce rapport nécessaire la mise en place de mesures courageuses, « La dispersion actuelle des moyens, la multiplicité des acteurs engagés dans la lutte contre le cancer, mais s'ignorant les uns les autres, imposent aux pouvoirs publics la nécessité d'une reprise en main où l'Etat devra enfin jouer son rôle de coordinateur et de décideur».

- La Circulaire du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés intervient à la suite de la conférence nationale de la santé de juillet 1997 qui a insisté sur l'importance de la multidisciplinarité de la prise en charge des patients cancéreux et sur la prise en charge de proximité. Cette circulaire énonce les principes de prise en charge des patients et guidera la rédaction des SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) de seconde génération.

Le plan cancer 2000-2005 ou plan Gillot-Kouchner présente 5 axes :

- La réduction des risques de cancer, l'amélioration de la prévention :

- Lutte contre le tabagisme avec un objectif de diminution de 20 % des fumeurs en 5 ans en favorisant le sevrage, grâce à des actions de sensibilisation, d'information du public et des professionnels, la création de centres spécialisés et la délivrance de substituts nicotiniques.
- Lutte contre l'abus d'alcool : grâce à la prévention, au travail, en réseau, à la formation continue des professionnels et à la prise en charge des personnes dépendantes à l'alcool.
- Prévention du mélanome de la peau : campagnes d'information nationales, information aux consommateurs d'appareils de bronzage, information sur les produits solaires, formation au diagnostic précoce.
- Surveillance de l'état nutritionnel avec l'institut de veille sanitaire, information et éducation nutritionnelle, actions de prévention.

- Mise en place d'un dépistage performant :
  - Pour le cancer du sein : communication au grand public, formation de radiologues, programme de dépistage sur l'ensemble du territoire, actions de sensibilisation et engagement des professionnels par convention.
  - Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus : convention des professionnels, formation continue et évaluation d'un cahier des charges sur ce dépistage dans 3 régions.
  - Pour le cancer colorectal : information aux professionnels et au public, évaluation du dépistage.
- Améliorer la qualité de la prise en charge :
  - Réduction des inégalités en améliorant l'organisation des soins : mise en place de programmes régionaux de lutte contre le cancer dans toutes les régions, suivi et évaluation des SROS, articulation des programmes cancer avec les programmes régionaux d'accès aux soins et à la prévention.
  - Favoriser l'accès aux techniques innovantes : autorisation d'installation de pet-scan si ceux-ci s'inscrivent dans une perspective régionale ou interrégionale intégrés dans des pôles de cancérologie multidisciplinaires, installation de 100 nouveaux appareils de radiothérapie.
  - Allogreffe de moelle osseuse : mise en place d'un groupe d'expert afin d'étudier la situation actuelle et d'évaluer les besoins. Développement des fichiers de donneurs volontaires et des banques de sang placentaire.

- Amélioration de la radiothérapie et chimiothérapie aves des revalorisations et la classification des actes de radiothérapie, la revalorisation des actes de chimiothérapie en ambulatoire, la réévaluation des règles de prise en charge de la chimiothérapie à domicile.
- Amélioration de la prise en charge, avec la généralisation de la prise en charge multidisciplinaire, la généralisation d'une possibilité de consultation initiale longue, la facilitation des interventions des médecins généralistes, d'infirmières, de psychologues, d'assistantes sociales dans la prise en charge.
- Amélioration des tests de prédispositions génétiques en cancérologie.
- Amélioration des pratiques avec la mise en place en place d'un dossier standardisé commun pour la continuité des soins, l'harmonisation, la diffusion et le développement de protocoles de prise en charge et mise en place d'une veille sanitaire pour les actualiser, évaluation de l'utilisation de ces protocoles, recommandations pour la manipulation des produits et l'élimination des déchets.
- Amélioration de la prise en charge à domicile : formation des professionnels, recommandations sur la manipulation des produits.

- Amélioration des conditions de vie et respect des droits des malades :
  - Le plan cancer 2000-2005 souligne l'importance d'une amélioration de l'information aux professionnels et au grand public
  - Le suivi psychologique est facilité au sein de l'équipe pluridisciplinaire grâce aux groupes de paroles, aux associations pouvant intervenir dans les services.
  - Les soins palliatifs à domicile sont encouragés, une réflexion est lancée sur les obstacles financiers qui empêchent les patients en fin de vie de retourner à domicile.
  - L'intensification de l'offre de soins en ce qui concerne les structures de prise en charge des douleurs rebelles, le renforcement de la formation des professionnels contribue à l'amélioration du vécu de la maladie.
  - L'établissement de barèmes de taux d'incapacité permanente - partielle et l'amélioration de la connaissance des maladies professionnelles permettront une meilleure reconnaissance des ces pathologies.
- Amélioration des connaissances :
  - La surveillance du cancer est facilitée grâce à l'optimisation des registres contre le cancer.
  - Le dépistage et son impact sur la maladie seront évalués.
  - Des études sur les facteurs environnementaux sont aussi initiées.

Le plan cancer (2003-2007) fait suite aux travaux de la commission d'orientation sur le cancer. Il constitue un programme stratégique sur 5 ans et est composé de 6 grands chapitres. 70 mesures et 200 actions sont échelonnées sur plusieurs années selon un échéancier de mise en œuvre s'étendant d'avril 2003 à décembre 2007. Le plan cancer fait partie des cinq domaines couverts par des plans stratégiques nationaux dans le cadre de la loi du 9 aout 2004 relative à la politique de santé publique :

- plan national de lutte contre le cancer,
- plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé ; de la violence, des comportements à risque et des conduites additives
- plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs environnementaux, y compris au travail
- plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques
- plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares.

Des indicateurs quantifiés représentent les objectifs du plan à 5 ans :

- Diminution de 30% du tabagisme des jeunes, de 20% du tabagisme des adultes, diminution de 20% du nombre de personnes dépendantes à l'alcool,
- Couverture de 80% des femmes entre 50 et 74 ans pour le dépistage du cancer du sein, et de 80% des femmes entre 25 et 69 ans pour le dépistage du cancer de l'utérus, mise en place d'une stratégie expérimentale de dépistage du cancer colorectal.
- Faire bénéficier à l'ensemble des patients d'une réunion de concertation multidisciplinaire (RCP) et d'un programme personnalisé de soins (PPS).
- Accès des patients à une information de qualité sur les structures prenant en charge les cancers dans leur région et amélioration des conditions d'annonce du diagnostic avec un accompagnement psychologique.
- Mise en place d'un système de surveillance du cancer à l'échelle de toute la population et développement de la recherche avec l'inclusion dans des essais de 10% des patients dans les centres de référence, mise en place en place de grands programmes de recherche génomique afin de disposer d'une base d'analyse clinico-biologique de 100.000 tumeurs.

Le 2 novembre 2009 à Marseille en présence de Roselyne Bachelot, ministre de la santé et des sports et de Valérie Pecresse, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, Le

Président de la République, Nicolas Sarkozy, a annoncé le Plan cancer 2009-2013. Le Président avait auparavant rencontré des malades, familles, personnels soignants et chercheurs à l'Institut Paoli Calmettes. Le Plan cancer 2009-2013 a été construit à partir du rapport du Pr Jean-Pierre Grünfeld. Il s'inscrit dans la continuité du précédent, il capitalise sur ses acquis et s'engage sur des voies nouvelles, en particulier pour faire face à trois nouveaux défis qui correspondent aux trois thèmes transversaux et prioritaires du plan :

- une meilleure prise en compte des inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre les cancers
- l'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie
- le renforcement du rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.

Construit autour de 5 axes (Recherche, Observation, Prévention-Dépistage, Soins, Vivre pendant et après le cancer), le nouveau plan comprend 30 mesures qui correspondent à 118 actions concrètes. Six mesures parmi les 30 ont été identifiées comme « phare ». Ce plan représente près de 750 millions d'euros de mesures nouvelles. Le premier rapport d'étape d'avancement du Plan cancer a été remis au Président de la République en juin 2010. (www.plan-cancer.gouv.fr)

Annexe 12 : Quelques éléments sur la théorie de Laborit

Au cours de sa carrière de médecin, il donne une nouvelle orientation à ses travaux en s'intéressant à l'étude des mécanismes liés au stress, l'éthologie, le conditionnement. Le film d'Alain RESNAIS « Mon oncle d'Amérique » (1980) le fait connaître du grand public. LABORIT y explique en effet ses travaux sur le conditionnement avec des expériences sur des rats qui l'ont amené à développer le concept de l'« inhibition de l'action » et qui expliquent dans quelles conditions de stress des rats isolés biologisent celui-ci en ulcère gastrique (ce qui se rapproche de la théorie de Selye). Il définit le stress comme toute situation où l'individu ne peut ni fuir, ni attaquer, utilisant la métaphore du voilier qui, quand il ne peut plus lutter contre le vent et la mer pour poursuivre sa route, a deux allures qu'il peut encore prendre : la cape (le foc bordé à contre et la barre dessous), le soumettant à la dérive du vent et de la mer, et la fuite devant la tempête en épaulant la lame sur l'arrière avec un minimum de toile. Selon lui, la fuite reste souvent, loin des côtes, la seule façon de sauver le bateau et son équipage. Elle permet aussi de découvrir des rivages inconnus qui surgiront à l'horizon des calmes retrouvés. Nous sommes programmés et ne vivons que pour maintenir notre structure biologique.

La fonction du système nerveux consiste essentiellement dans la possibilité qu'il donne à un organisme d'agir, de réaliser son autonomie motrice par rapport à l'environnement, de telle façon que la structure de cet organisme soit conservée. La motivation fondamentale des êtres vivants semble être le maintien de leur structure organique. Mais elle dépendra soit de pulsions, en réponse à des besoins fondamentaux, soit de besoins acquis par apprentissage. Le système nerveux commande généralement une action. Si celle-ci répond à un stimulus nociceptif douloureux, elle se résoudra dans la fuite, l'évitement. Si la fuite est impossible elle provoquera l'agressivité défensive, la lutte. Si cette action est efficace, permettant la conservation ou la restauration du bien-être, de l'équilibre biologique, si en d'autres termes elle est gratifiante, la stratégie mise en œuvre sera mémorisée, de façon à être reproduite. Il y a apprentissage. Si elle est inefficace, ce que seul l'apprentissage pourra montrer, un processus d'inhibition motrice sera mis en jeu.

A côté des agressions directes, physiques ou chimiques, l'agression psychosociale au contraire passe obligatoirement par la mémoire et l'apprentissage de ce qui peut être nociceptif pour l'individu. Si elle ne trouve pas de solution dans l'action motrice adaptée, elle débouche sur un comportement d'agressivité défensive ou, chez l'homme, sur le suicide. Mais

si l'apprentissage de la punition met en jeu le système inhibiteur de l'action, il ne reste plus que la soumission avec ses conséquences psychosomatiques, la dépression ou la fuite dans l'imaginaire des drogues et des maladies mentales ou de la créativité.

Pour nous, la cause primordiale de l'angoisse c'est l'impossibilité de réaliser l'action gratifiante, en précisant qu'échapper à la souffrance par la fuite ou par la lutte est une façon aussi de se gratifier, donc d'échapper à l'angoisse.

La mort est pour l'individu la seule expérience qu'il n'a jamais faite et pour laquelle le déficit informationnel est total. Totale et définitive aussi l'angoisse qui en résulte puisque l'angoisse survient lorsque l'on ne peut agir, c'est-à-dire, ni fuir, ni lutter. D'abord, n'y pas penser, et pour cela agir, faire n'importe quoi, mais quelque chose. L'angoisse de la mort chez le combattant existe avant la bataille, mais pendant la lutte, elle disparaît, parce que justement, il lutte, il agit.

Laborit H. est révolté de constater que, lorsque l'action opératoire et l'homéostase rigoureuse, combinées à la transfusion, a réparé les lésions du patient, dans certains cas la mort survient néanmoins inexorablement. Il développe, grâce à ses recherches, l'anesthésie par les synergies médicamenteuses pour réduire le choc opératoire. Il passe ensuite progressivement de la thérapeutique des états de choc opératoire à la clinique psychiatrique et découvre les neuroleptiques et de nombreuses autres molécules utilisées aujourd'hui en pharmacologie. Au début de la décennie 1970, il découvre que les désordres somatiques liés à l'agression psycho-sociale sont provoqués par un état d'inhibition de l'action. Il découvre ensuite que c'est l'inhibition d'action persistante qui provoque les désordres en relation avec la mémoire. Il effectue plusieurs expériences pour démontrer ses recherches.

Expérimentation de la cage d'inhibition

1. Un rat est placé dans une cage à plancher grillagé et séparée en deux compartiments par une cloison, dans laquelle se trouve une porte. Un signal sonore et un flash lumineux sont enclenchés et après quatre secondes un courant électrique est envoyé dans le plancher grillagé. La porte est ouverte. Le rat apprend très vite la relation temporelle entre les signaux sonores et lumineux et la décharge électrique qu'il reçoit dans les pattes. Il ne tarde pas à éviter cette "punition" en passant dans le compartiment adjacent. A peine est-il arrivé que le plancher bascule légèrement et active les signaux et quatre secondes plus tard le choc électrique. Il doit cette fois parcourir le chemin inverse et le jeu de bascule recommence, ainsi

que les signaux et le choc électrique. Il est soumis à ce va et vient pendant dix minutes par jour pendant huit jours consécutifs. A l'auscultation, son état biologique est excellent.

2. Cette fois deux rats sont placés dans la cage mais la porte de communication est fermée. Ils vont subir le choc électrique sans pouvoir s'enfuir. Rapidement ils se battent, se mordent et se griffent. Après une expérimentation d'une durée analogue à la phase 1, ils sont auscultés et leur état biologique, à part les morsures et les griffures, est excellent.

3. Dans cette nouvelle expérience, un rat est placé seul dans la cage avec la porte de communication fermée. Le protocole est identique aux précédentes expérimentations. Au huitième jour, les examens biologiques révèlent :

- une chute de poids importante;
- une hypertension artérielle qui persiste plusieurs semaines; - de multiples lésions ulcéreuses sur l'estomac.

Constatation :

L'animal qui peut réagir par la fuite (expérience N°1), ou par la lutte (expérience N°2) ne développe pas de troubles organiques. L'animal qui ne peut ni fuir ni lutter (expérience N°3) se trouve en inhibition de son action et présente des perturbations pathologiques. Il en est de même pour l'être humain. Dès qu'il se trouve enfermé, coincé dans une situation sans issue et qu'il ne peut réagir par la fuite ni l'attaque il se trouve dans une situation qui provoque des symptômes plus ou moins importants selon son état de santé physique et psychique antérieur et la durée de la situation.

4. L'expérience 3 est à nouveau proposée à un rat avec le même protocole. Chaque jour l'animal isolé est soumis, immédiatement après les dix minutes d'inhibition dans la cage fermée, à un électrochoc convulsivant avec coma. Au bout des huit jours, et malgré l'intensité agressive de l'électrochoc, l'état de santé du rat est excellent. Dans cette expérience il est démontré que l'électrochoc interdit le passage de la mémoire immédiate, à court terme, à la mémoire à long terme. L'oubli forcé est ici, pour le rat, un moyen efficace de sauvegarde face à une situation inhibitrice qui se répète.

Par la suite, Laborit H. a découvert que la mémoire d'une action gratifiante n'utilise pas les mêmes voies centrales, ni les mêmes médiateurs que celles d'une punition. Cela lui a permis de mettre en évidence des médiateurs biochimiques capables de rétablir la mémoire de l'inhibition ou d'en favoriser l'oubli. Les découvertes scientifiques de Laborit H., trop complexes pour être présentées ici, permettent de comprendre que, pratiquement l'essentiel des accidents physiopathologiques est sous la dépendance des rapports entre l'individu et son

environnement, particulièrement social. S'il existe des facteurs multiples, microbiens viraux, génétiques, à l'origine des infections et des processus tumoraux, un système immunitaire efficace est généralement capable d'empêcher leur développement.

Dans "L'inhibition de l'Action", Henri Laborit y expose déjà le résultats de ses recherches en psychosomatique relative à l'incidence de situations conflictuelles sur le somatique au moment où le Dr Hamer commence à peine ses travaux sur le même sujet mais en se gardant erratiquement de parler de psychosomatique !. La loi d'airain du Dr Hamer ne fait ainsi que reprendre ce que Laborit a découvert et pourtant le Dr Hamer qui ne pouvait pas ne pas le connaître, ne le nomme pas !

A l'issue d'une conférence que donnait Laborit en 1966, un psychiatre se leva pour déclarer, non sans emphase, qu'il le voyait comme un *" hardi explorateur qui, tel un Viking, s'élance sans peur sur les eaux profondes et dangereuses de la pensée scientifique à la découverte de nouveaux rivages".*Laborit étudie systématiquement toutes les grandes familles de molécules agissant au niveau du système nerveux central. Il déplore les effets abrutissants de tranquillisants tels l'équanil et les benzodiazépines qui ne remédient en rien aux causes de l'anxiété.

Mais que se passe-t-il donc quand on ne peut ni fuir ni lutter face à une situation conflictuelle?

Annexe 13 : Consentement éclairé et lettre d'information donnée aux patients

NOTE D'INFORMATION AUX PATIENT(E)S

IMPACT DES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX SUR LA QUALITE DE VIE ET L'EVOLUTION DU CANCER

Madame, Monsieur,

Ce document décrit l'étude pour laquelle votre participation est sollicitée et précise vos droits et notre responsabilité à votre égard.

Objectif de l'étude

Vous allez être traité(e) pour un cancer. Nous vous proposons de participer à une recherche, qui a pour but d'évaluer l'importance du moral au cours des neuf mois qui suivent le diagnostic et dans quelle mesure le moral peut affecter la qualité de vie, l'état émotionnel et l'évolution de la maladie.

Déroulement de l'étude

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous vous proposerons de remplir une série de questionnaires évaluant votre qualité de vie et votre état de santé émotionnel. Vous recevrez par courrier ces mêmes questionnaires trois mois, six mois, neuf mois après la chirurgie ou le début des traitements, pour lesquels nous vous demanderons de les remplir et de nous les retourner à l'aide d'une enveloppe pré-timbrée.

Durée de l'étude et nombre de patients prévus

La durée de l'étude, incluant le temps de recrutement et l'analyse des données, est d'environ dix-huit mois. Cependant, la durée de votre participation à l'étude dans sa totalité est de neuf mois. Cette étude s'adressera à 300 personnes de la clinique Tivoli à Bordeaux, l'Hôpital Privé Saint-Martin à Pessac, la Polyclinique Bordeaux-Nord à Bordeaux, la Clinique Jean Villar à Bruges, le Suburbain au Bouscat et la Clinique Mutualiste, à Pessac.

Bénéfices attendus et contraintes liées à l'étude

La participation à cette étude peut avoir un impact positif sur votre qualité de vie, en diminuant les niveaux d'anxiété et de stress. Participer à cette étude nécessite que vous acceptiez le principe de remplissage régulier de questionnaires.

Participation à l'étude

Rien ne vous oblige à entrer dans cette étude. Nous souhaitons insister sur le fait que votre refus ne modifiera en rien les relations de confiance que vous entretenez avec votre équipe médicale. Si vous acceptez de participer à cette étude, il vous est possible d'en sortir à tout moment, sans justification, et sans que cela interrompe les relations normales que vous avez avec votre équipe soignante. De la même façon, le médecin investigateur peut décider de l'arrêt de votre participation, si votre participation à l'étude ne vous satisfait pas ou si l'étude est interrompue.
À l'issue de la recherche, vous serez informé(e) des résultats globaux de cette recherche, si vous le souhaitez, quand ils seront disponibles.

Confidentialité

Si vous acceptez de participer à cette étude, toutes les données vous concernant resteront confidentielles. Seules les personnes responsables du projet seront autorisées à prendre connaissance des résultats des questionnaires. Les questionnaires sont dénominalisés (c'est-à-dire que les noms seront retirés) avant d'être saisis par un/e assistant/e de recherche. Conformément aux dispositions de loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données **à caractère personnel** et modifiant la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Protection des personnes se prêtant à une étude de recherche biomédicale

Toutes les dispositions ont été prises pour respecter vos droits et votre protection conformément à la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (article 88). Les modalités de ce traitement ont été étudiées et approuvées le …….. par le

Comité de Protection des Personnes (CPP) de Bordeaux, qui a pour mission de vérifier si les conditions requises pour votre protection et le respect de vos droits ont été respectées.
Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude, nous vous demandons de donner votre consentement écrit en datant et signant le formulaire joint. Cette signature ne dégage en rien les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités ; elle atteste simplement que vous avez été informé(e) de cette étude, que vous y participez librement et que vous acceptiez que l'on vous joigne téléphoniquement pour convenir d'un rendez-vous.

Lisez attentivement ce document et prenez le temps d'y réfléchir.

Carole ZOZAYA, Psychologue clinicienne et doctorante (Tél. 05 56 46 42 88 lundi et jeudi) se tient à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION

DU (DE LA) PATIENT(E)

IMPACT DES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX SUR LA QUALITE DE VIE ET L'EVOLUTION DU CANCER

Je soussigné(e)

Nom : ……Prénom ……

Date de naissance : …….

Adresse…….……

……

déclare avoir lu le document d'information relatif à cette étude. J'ai été informé(e) de la nature, des buts et de la durée de la recherche et sur ce qu'il m'est demandé de faire. J'ai reçu toutes les réponses souhaitées aux questions que je désirais poser et que j'ai pu poser. Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser. J'accepte que l'investigateur me joigne téléphoniquement au … … … … … … … … … … … .

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi. Si je le désire, je serai libre à tout moment d'arrêter ma participation sans que la qualité des soins qui me sont prodigués n'en soit affectée. J'en informerai alors le Docteur …….

J'accepte que les données à caractère personnel enregistrées à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur ou pour son compte. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'exerce à tout moment auprès du médecin qui me suit dans le cadre de la recherche et qui connaît mon identité. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de ce même médecin qui contactera le promoteur de la recherche.

Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles et je n'autorise leur consultation que par les personnes mandatées par l'organisateur de la recherche.

Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire à Carole ZOZAYA, Psychologue clinicienne et doctorante (Tél. 05 56 46 42 88 lundi et jeudi).

Je signe ce document qui m'a été présenté en raison d'obligations légales, selon les dispositions réglementaires en vigueur, et dont le texte a été approuvé par le Comité pour la Protection des Personnes de Bordeaux.

À Bordeaux, le .....

Nom du (de la) patient(e) :……..Signature du (de la) patient(e) :

Nom du responsable de la recherche
ou de son représentant : …….Signature du responsable/représentant :

(*) toutes les pages doivent être paraphées, un exemplaire cosigné doit être remis à la personne qui participe à la recherche

Annexe 14 : Grille d'évaluation des données sociodémographiques

Date de naissance :

Statut marital :

1. Marié(e)
2. Pacsé(e)
3. Concubinage
4. Divorcé(e)
5. Séparé(e)
6. Veuf(ve)
7. Célibataire, vit seul(e)
8. Autres (préciser) :

Au sein de votre foyer, vous vivez :

1. En couple avec un ou des enfant(s)
2. En couple sans enfants
3. En couple avec un ou des membre(s) de votre famille ou de celle de votre conjoint
4. Seul(e) avec un ou des enfant(s)
5. Seul(e) avec un ou des membre(s) de votre famille
6. Seul(e)
7. Autre (préciser) :

Niveau d'étude :

1. Pas d'étude
2. Certificat d'étude / CAP-BEP
3. BAC
4. BAC+2
5. BAC+3
6. BAC+5 et plus

Métier exercé (même si retraité(e)) : _____

Vous êtes actuellement :

1. En activité
2. En activité mais en arrêt de travail
3. Reconnu(e) adulte handicapé
4. En recherche d'emploi
5. Pré-retraité(e)
6. Retraité(e)

Avez-vous des enfants ? o Oui o Non

Si oui : Age(s) de votre (vos) enfant(s)

Vivent-ils avec vous, au sein du foyer ? o Oui o Non

Subvenez-vous à leurs études ? o Oui o Non

Est-ce que vos revenus :

1. Couvrent suffisamment vos besoins et dépenses
2. Sont limités mais votre quotidien est correct
3. Sont peu importants et couvrent à peine vos dépenses et besoins
4. Sont insuffisants

Est-ce que la maladie a engendré une perte conséquente de revenus ?

o Oui o Non

- o Partiellement
- o En grande partie

Vous pouvez préciser si vous le souhaitez : _____

Avez-vous déjà présenté des troubles d'ordre psychologique ?

Si oui, de quelle nature étaient-ils (dépression, addiction, phobie, …) et quand ?:

Sont-ils en lien avec un événement de votre vie ?

o Oui Si oui, pourriez-vous le préciser ? _____

o Non

Avez-vous consulté déjà un psychologue/psychiatre/psychothérapeute **de par le passé** ?

Oui Non

Aviez-vous eu alors un traitement psychotrope (anti-dépresseur, anxiolytique, hypnotique, …) ?

Oui Non

Actuellement, consultez-vous un psychologue/psychiatre/psychothérapeute ?

Oui Non

Prenez-vous actuellement des traitements psychotropes (anti-dépresseur, anxiolytique, hypnotique, …) ?

Oui Non

Annexe 15 : Questionnaire du LOT-R (Vautier et al., 2003)

LOT-R (VAUTIER ET AL., 2003)

Un certain nombre de phrase que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, cochez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous ressentez, et non à ce que vous pensez que les autres répondraient. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions.

Pour chaque affirmation, donnez votre opinion, en sachant que :
1 : Vous êtes tout à fait d'accord
2 : Vous êtes d'accord
3 : Vous ne savez pas ou cela dépend des situations
4 : Vous n'êtes pas d'accord
5 : Vous êtes fortement en désaccord

	1	2	3	4	5
1. Dans les périodes incertaines, je pense généralement que ce qui va arriver est le mieux pour moi					
2. Il est facile pour moi de me relaxer.					
3. Si quelque chose peut tourner mal pour moi, alors ça tournera mal					
4. Je suis toujours optimiste à propos de mon futur					
5. J'apprécie beaucoup mes amis.					
6. Il est important pour moi de rester occupé.					
7. Je ne m'attends presque jamais à ce que les choses aillent dans mon sens.					
8. Je ne me sens pas bouleversé si facilement.					
9. Je compte rarement sur les bonnes choses qui pourraient m'arriver.					
10. D'une façon générale, je m'attends à ce que les meilleures choses m'arrivent plutôt que les mauvaises.					

Annexe 16 : Questionnaire du NEO-PI-R (Costa & Mc Crae., 1985)

NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1985)

Pour chaque affirmation, donnez votre opinion, en sachant que :
1 : Vous êtes fortement en désaccord
2 : Vous n'êtes pas d'accord
3 : Vous ne savez pas ou cela dépend des situations
4 : Vous êtes d'accord
5 : Vous êtes tout à fait d'accord

	1	2	3	4	5
1. Je ne suis pas du genre à me faire du souci.					
2. Il est rare que je me sente trop seul(e) et cafardeux(se).					
3. Il est facile de me faire peur.					
4. Quelquefois, je me sens complètement sans valeur.					
5. Il est rare que je me sente craintif(ve) ou anxieux(se).					
6. Je suis rarement triste ou déprimé(e).					
7. Je me sens souvent tendu(e) et nerveux(se).					
8. J'ai quelquefois un sentiment profond de culpabilité ou de péché.					
9. Je ressens rarement de l'appréhension au sujet de l'avenir.					
10. J'ai tendance à me faire des reproches quand quelque chose va de travers.					
11. Je me fais souvent du souci à propos de choses qui pourraient mal tourner.					
12. J'ai une mauvaise opinion de moi-même.					
13. J'ai moins de peurs que la plupart des gens.					
14. Quelquefois, les choses me semblent plutôt mornes et sans espoir.					
15. Des pensées effrayantes s'introduisent quelquefois dans ma tête.					
16. Trop souvent, quand les choses vont mal, je me décourage et j'ai envie d'abandonner.					

Annexe 17 : Questionnaire de l'HAD de Zigmond et Snaith (1983)

ECHELLE HAD DE ZIGMOND ET SNAITH

Un certain nombre de phrase que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, cochez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous ressentez à l'instant, juste en ce moment. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

1. Je me sens tendue ou énervée

- □ La plupart du temps
- □ Souvent
- □ De temps en temps
- □ Jamais

2. Je prends du plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- □ Oui, tout autant qu'avant
- □ Pas autant
- □ Un peu seulement
- □ Presque plus

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose de redoutable allait m'arriver

- □ Oui, très nettement
- □ Oui, mais ce n'est pas trop grave
- □ Un peu mais cela ne m'inquiète pas
- □ Pas du tout

4. Je ris et vois le bon côté des choses

- □ Autant que par le passé
- □ Plus rarement qu'avant
- □ Vraiment moins qu'avant
- □ Plus du tout

5. Je me fais du souci

- □ Très souvent
- □ Assez souvent
- □ Occasionnellement
- □ Très occasionnellement

6. Je suis de bonne humeur

- □ Jamais
- □ Rarement
- □ Assez souvent
- □ La plupart du temps

7. Je peux rester tranquillement assise à ne rien faire et me sentir décontractée

- □ Oui, quoiqu'il arrive
- □ Oui, en général
- □ Rarement
- □ Jamais

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- □ Presque toujours
- □ Très souvent
- □ Parfois
- □ Jamais

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- □ Jamais
- □ Parfois
- □ Assez souvent
- □ Très souvent

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- □ Plus du tout
- □ Je n'y accorde pas autant d'importance que je le devrais
- □ Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- □ J'y prête autant d'attention que par le passé

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- □ Oui, c'est tout à vrai
- □ Un peu
- □ Pas tellement
- □ Pas du tout

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- □ Autant qu'avant
- □ Un peu moins qu'avant
- □ Bien moins qu'avant
- □ Presque jamais

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- □ Vraiment très souvent
- □ Assez souvent
- □ Pas très souvent
- □ Jamais

14. Je peux prendre plaisir à lire un bon livre ou à regarder un bonne émission de télévision

- □ Souvent
- □ Parfois
- □ Rarement
- □ Jamais

Annexe 18 : Questionnaire d'auto-évaluation de soutien social (S.S.Q. de Sarason et al., 1983)

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION DE SOUTIEN SOCIAL (S.S.Q. DE SARASON & AL., 1983)

Consignes :

Les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien. Chaque question est en deux parties :

Dans un premier temps, énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous-même) en qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite. Donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple). A chaque numéro doit correspondre une seule personne.

Dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu.

Si pour une question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez le terme « aucune personne » mais évaluez tout de même votre degré de satisfaction. Ne citez pas plus de neuf personnes par question. S'il vous plaît, répondez de votre mieux à toutes les questions. Vos réponses resteront confidentielles.

Exemple:

A qui pouvez-vous confier des informations qui vous perturbent, vous préoccupent?

Aucune	1)	4)	7)
personne	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu?

6.très satisfait	5.satisfait	4.plutôt satisfait	3.plutôt insatisfait	2.insatisfait	1.très insatisfait

---

1-Quelles sont les personnes disponibles en qui vous pouvez réellement compter quand vous avez besoin d'aide ?

Aucune	1)	4)	7)
personne	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

2-Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

6.très satisfait	5.satisfait	4.plutôt satisfait	3.plutôt insatisfait	2.insatisfait	1.très insatisfait

3-En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir plus détendu lorsque vous êtes sous pression ou crispé?

Aucune	1)	4)	7)
personne	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

4-Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

6.très satisfait	5.satisfait	4.plutôt satisfait	3.plutôt insatisfait	2.insatisfait	1.très insatisfait

5-Qui vous accepte tel que vous êtes c'est-à-dire, avec vos bons et mauvais côtés?

Aucune	1)	4)	7)
personne	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

6-Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu?

6.très satisfait	5.satisfait	4.plutôt satisfait	3.plutôt insatisfait	2.insatisfait	1.très insatisfait

7-En qui pouvez-vous réellement compter pour s'occuper de vous quoiqu'il arrive ?

Aucune	1)	4)	7)
personne	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

8-Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu?

6.très satisfait	5.satisfait	4.plutôt satisfait	3.plutôt insatisfait	2.insatisfait	1.très insatisfait

9-En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir mieux quand il vous arrive de broyer du noir ?

Aucune	1)	4)	7)
personne	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

10-Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

6.très satisfait	5.satisfait	4.plutôt satisfait	3.plutôt insatisfait	2.insatisfait	1.très insatisfait

11-En qui pouvez-vous réellement compter pour vous consoler quand vous êtes bouleversé ?

Aucune	1)	4)	7)
personne	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

12-Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

6.très satisfait	5.satisfait	4.plutôt satisfait	3.plutôt insatisfait	2.insatisfait	1.très insatisfait

Annexe 19 : Questionnaire de l'Inventaire de la Qualité des Relations (Pierce et al., 1991)

INVENTAIRE DE LA QUALITE DES RELATIONS
(PIERCE ET AL., 1991)

Utilisez l'échelle suivante en 4 points pour répondre aux questions concernant votre relation avec une personne qui a une place importante dans votre vie (relation pas nécessairement positive). Précisez quel est votre lien avec cette personne (famille, ami, connaissance) : _____

-1-	-2-	-3-	-4-
Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup

1. Pourriez-vous vous adresser à cette personne pour recevoir des conseils si vous aviez des problèmes ?	1 2 3 4
2. Avez-vous souvent besoin de faire des efforts pour éviter d'être en conflit avec cette personne ?	1 2 3 4
3. Pourriez-vous compter sur cette personne pour vous aider si vous aviez un problème ?	1 2 3 4
4. Cette personne vous fait-elle vous sentir bouleversé(e) ?	1 2 3 4
5. Pourriez-vous compter sur cette personne pour vous parler franchement, même si vous ne vouliez pas l'entendre ?	1 2 3 4
6. Cette personne vous fait-elle vous sentir coupable ?	1 2 3 4
7. Dans quelle mesure devez-vous céder dans cette relation ?	1 2 3 4
8. Pourriez-vous compter sur cette personne pour vous aider si un membre proche de votre famille décédait ?	1 2 3 4
9. Dans quelle mesure cette personne veut-elle que vous changiez ?	1 2 3 4
10. Cette personne joue-t-elle un rôle positif dans votre vie ?	1 2 3 4
11. Cette personne est-elle importante dans votre vie ?	1 2 3 4
12. Selon vous, votre relation avec cette personne sera-t-elle proche dans quelques temps ?	1 2 3 4
13. Dans quelle mesure cette personne vous manquerait-elle si vous ne pouviez vous voir ni vous parler pendant un mois ?	1 2 3 4
14. Cette personne est-elle critique envers vous ?	1 2 3 4
15. Si vous vouliez sortir et faire quelque chose un soir, êtes-vous sûr que cette personne serait prête à vous accompagner ?	1 2 3 4
16. Vous sentez-vous responsable du bien-être de cette personne ?	1 2 3 4
17. Dépendez-vous de cette personne ?	1 2 3 4
18. Pourriez-vous compter sur cette personne pour vous écouter quand vous êtes très en colère contre quelqu'un ?	1 2 3 4
19. Aimeriez-vous que cette personne change ?	1 2 3 4
20. Dans quelle mesure cette personne vous met-elle en colère ?	1 2 3 4
21. Vous disputez-vous avec cette personne ?	1 2 3 4
22. Pourriez-vous réellement compter sur cette personne pour vous changer les idées quand vous vous sentez stressé(e) ?	1 2 3 4
23. Vous arrive-t-il souvent de vous mettre en colère contre cette personne ?	1 2 3 4
24. Cette personne tente-t-elle souvent de contrôler ou influencer votre vie ?	1 2 3 4
25. Pensez-vous donner plus que vous ne recevez dans cette relation ?	1 2 3 4

Annexe 20 : Questionnaire de l'échelle de contrôlabilité spécifique à la maladie

(C.L.C.S., Pruyn et al., 1988 ; Cousson-Gélie et al., 2005)

ECHELLE DE CONTROLABILITE SPECIFIQUE A LA MALADIE (C.L.C.S., PRUYN ET AL., 1988 ; COUSSON-GELIE ET AL., 2005)

Consignes :

Pour chacune des 14 propositions présentées ci-dessous, indiquez votre degré d'accord, en sachant que pour :

1 : vous n'êtes pas du tout d'accord
2 : vous n'êtes pas d'accord
3 : vous êtes d'accord
4 : vous êtes tout à fait d'accord

	1	2	3	4
1. Je peux certainement influencer le cours de ma maladie.				
2. Je suis devenu(e) malade en partie parce que Dieu en a décidé ainsi.				
3. Mon docteur peut certainement influencer le cours de ma maladie.				
4. Mon époux(se)/partenaire ou ma famille peut certainement influencer le cours de ma maladie.				
5. La survenue de maladie est due à mon style de vie.				
6. Dieu peut certainement influencer le cours de ma maladie.				
7. C'est en partie de ma faute si je suis « tombé(e) malade ».				
8. Des événements malheureux ou des déceptions dans mon passé ont contribué à la survenue de ma maladie.				
9. Ma religion a une influence sur le cours de ma maladie.				
10. En vivant sainement, je peux influencer le cours de ma maladie.				
11. Ma personnalité a eu quelque chose à voir avec la survenue de ma maladie.				
12. Si je suis les conseils de mon docteur, je peux certainement influencer le cours de ma maladie.				
13. Je peux influencer le cours de ma maladie en me battant contre elle.				
14. La survenue de maladie a été surtout due à quelque chose me concernant.				

Annexe 21 : Questionnaire de la MAC (Watson et al., 1988 ; Cayrou et al., 2001)

MAC (MENTAL ADJUSTEMENT TO CANCER SCALE DE M. WATSON ET AL., 1988)
VERSION FRANÇAISE DE CAYROU ET AL. (2001)

Les énoncés ci-dessous décrivent les réactions des personnes atteintes de cancer. Veuillez encercler, à droite de chaque énoncé, le chiffre qui correspond le mieux à vos réactions actuelles. Par exemple, si l'énoncé ne s'applique **pas du tout** à vous, entourez le chiffre 1, s'il s'applique **un peu** à vous, entourez 2, s'il s'applique **assez** à vous, entourez 3, s'il s'applique **tout à fait** à vous, entourez 4.

Cet énoncé s'applique-t-il à vous ?	Pas du tout	Un peu	Assez	Tout à fait
1 – J'ai l'impression que je ne peux rien faire pour me remonter le moral.	1	2	3	4
2 – J'ai l'impression que mes problèmes de santé m'empêchent de faire des projets d'avenir.	1	2	3	4
3 – Je crois qu'une attitude positive sera bénéfique pour ma santé.	1	2	3	4
4 – Je ne supporte pas très bien ma maladie.	1	2	3	4
5 – Je crois fermement que je vais aller mieux.	1	2	3	4
6 – Je sens que rien de ce que je peux faire ne changera quelque chose.	1	2	3	4
7 – Je sens que la vie est sans espoir.	1	2	3	4
8 – J'ai des projets pour l'avenir, par exemple les vacances, le travail, le logement,…	1	2	3	4
9 – J'ai peur que le cancer ne récidive ou n'empire.	1	2	3	4
10 – Je crois que mon état d'esprit peut beaucoup influer sur ma santé.	1	2	3	4
11 – Je sens qu'il n'y a rien que je puisse faire pour m'en sortir.	1	2	3	4
12 – J'essaie de continuer ma vie comme je l'ai toujours fait.	1	2	3	4
13 – Je suis déterminé(e) à laisser tout cela derrière moi.	1	2	3	4
14 – J'ai du mal à croire que cela m'est arrivé.	1	2	3	4
15 – Je suis très anxieux (se) à ce sujet.	1	2	3	4
16 – Je n'ai pas beaucoup d'espoir pour le futur.	1	2	3	4
17 – En ce moment, je vis au jour le jour.	1	2	3	4
18 – J'ai envie d'abandonner.	1	2	3	4
19 – J'essaie de garder le sens de l'humour par rapport à ça.	1	2	3	4
20 – J'essaie d'avoir une attitude très positive.	1	2	3	4
21 – Je reste assez occupé(e), afin de ne pas avoir le temps d'y penser.	1	2	3	4
22 – Je me sens complètement perdu(e) à l'égard de ce que je dois faire.	1	2	3	4
23 – Je me sens très en colère contre ce qui m'est arrivé.	1	2	3	4
24 – Je ne crois pas vraiment que j'ai eu le cancer.	1	2	3	4

	Pas du tout	Un peu	Assez	Tout à fait
25 – Je m'axe sur les aspects positifs de ma vie.	1	2	3	4
26 – J'essaie de combattre la maladie.	1	2	3	4
27 – Je n'arrive pas à faire face.	1	2	3	4
28 – Je suis un peu effrayé(e).	1	2	3	4
29 – Je suis très optimiste.	1	2	3	4
30 – Je suis déterminé(e) à vaincre cette maladie.	1	2	3	4
31 – Je suis terrifié(e).	1	2	3	4
32 – Je ne peux pas dormir la nuit tellement je m'inquiète.	1	2	3	4
33 – Je ne reconnais pas le fait que j'ai eu un cancer.	1	2	3	4
34 – J'évite de penser à tout ce qui touche au cancer.	1	2	3	4
35 – Je n'arrive pas à gérer cette situation.	1	2	3	4
36 – Je suis perturbé(e) par le fait d'avoir un cancer.	1	2	3	4
37 – Ne pas y penser m'aide à faire face.	1	2	3	4
38 – Je n'ai pas eu de cancer.	1	2	3	4
39 – Je fais des efforts pour ne pas penser à ma maladie.	1	2	3	4
40 – C'est une sensation dévastatrice.	1	2	3	4
41 – Je sais que ça va bien finir.	1	2	3	4
42 – Je me distrais lorsque des pensées sur ma maladie me viennent à l'esprit.	1	2	3	4
43 – J'ai de l'appréhension.	1	2	3	4
44 – Je pense que c'est la fin du monde.	1	2	3	4
45 – Je considère ma maladie comme un défi.	1	2	3	4

Annexe 22 : Classifications (grade, stade et TNM)

- ***Classifications TNM selon les organes***

Classification clinique (cTNM)

T Tumeur primitive

TX : tumeur primitive non évaluée

T0 : tumeur primitive non retrouvée

T1 : tumeur ni palpable ni visible en imagerie

T1a : tumeur occupant moins de 5% du tissu réséqué

T1b : tumeur occupant plus de 5% du tissu réséqué

T1c : tumeur découverte sur une biopsie prostatique en raison d'une élévation du PSA.

N.B. : le grade de Gleason n'est pas pris en compte dans la classification de l'UICC. La classification de l'American Joint Commitee intègre le score de Gleason pour différencie le T1a du T1b :

- T1a < 5% du tissu réséqué avec un score de Gleason < 7 ou absence de grade 4 ou 5
- T1b > 5% du tissu réséqué et/ou un score de Gleason > 7 ou présence de grade 4 ou 5

T2 : tumeur limitée à la prostate (apex et capsule compris)

T2a : tumeur concernant la moitié d'un lobe ou moins

T2b : tumeur concernant plus de la moitié d'un lobe mais sans atteindre les deux lobes

T2c : tumeur concernant les deux lobes

T3 : extension au-delà de la capsule

T3a : extension extra capsulaire uni- ou bilatérale

T3b : extension aux vésicules séminales

T4 : extension aux organes adjacents (col vésical, sphincter urétral, rectum) ou tumeur fixée à la paroi pelvienne

N Ganglions régionaux

NX : ganglions régionaux non évalués

N0 : absence de métastase ganglionnaire régionale

N1 : atteinte ganglionnaire régionale

M Métastases à distance

MX : métastases à distance non évaluées

M0 : absence de métastase à distance

M1 : métastases à distance

M1b : os

M1a : ganglions non régionaux

M1c : autres sites avec ou sans atteinte osseuse

Classification pathologique (pTNM)

pT Tumeur primitive

pT2 : tumeur limitée à la prostate

pT2a : tumeur limitée à un demi-lobe ou moins

pT2b : tumeur unilatérale avec atteinte de plus d'un demi-lobe mais pas des deux lobes

pT2c : tumeur bilatérale

pT3 : extension extra prostatique

pT3a : extension extraprostatique

pT3b : atteinte des vésicules séminales

pT4 : envahissement de la vessie ou du rectum

N.B. : le stade pT1 n'existe pas. Le stade pT0 n'est pas précisé dans la version 2002 (absence de tumeur identifiée sur le spécimen de prostatectomie totale), de même que le stade pTX (stade pathologique non évalué).

R Reliquat tumoral postopératoire

L'absence ou la présence d'un reliquat tumoral après prostatectomie totale (statut des marges chirurgicales) est décrite dans la classification UICC à l'aide du symbole R. Son emploi, facultatif, précise le statut tumoral après le traitement pour une meilleure prédiction du pronostic.

Les marges après prostatectomie totale sont identifiées comme suit :

Rx: présence de résidu tumoral non évaluée

R0 : absence de reliquat tumoral macroscopique ou microscopique

R1 : reliquat tumoral microscopique (préciser focal ou étendu)

R2 : reliquat tumoral macroscopique

- ***<u>Classification de SBR.</u>***

La classification originale de Scarff, Bloom et Richardson est basée sur trois critères histologiques différents. Elle a été modifiée par Elston et Ellis et adoptée de façon plus générale dans le cadre des critères de Nottingham :

Le degré de différentiation architecturale (de 1 à 3),

- Présence de tubes occupant plus de 75% du champ du microscope : 1
- Tubes occupant entre 10 et 75 % du champ du microscope : 2
- Tubes occupant moins de 10% du champ du microscope : 3

Le nombre de mitoses par champs (de 1 à 3) mesuré au grossissement (x400) :

- 0 à 6 mitoses pour 10 champs : 1
- 7 à 12 mitoses pour 10 champ : 2
- Plus de 12 mitoses pour 10 champs : 3

L'importance du pléiomorphisme nucléaire (de 1 à 3)

- noyaux réguliers entre eux et taille cellulaire < 2 fois noyau normal : 1
- situations intermédiaires : 2
- noyaux réguliers entre eux mais taille > 3 fois la taille d'un noyau normal et nucléole proéminant
  OU noyau de tailles irrégulières variant de 1 à 3 fois celle d'un noyau normal : 3

On aboutit ainsi à distinguer 3 grades différents :

Grade I: (total de 3 à 5) : cancers bien différenciés
Grade II: (total de 6 à 7) : cancers moyennement différenciés
Grade III: (total de 8 à 9) : cancers indifférenciés

Le grade de Scarff, Bloom et Richardson joue un rôle important dans la décision de traitement adjuvant après chirurgie locale.

Le grade SBR comprend trois grades I, II, III, obtenu par l'addition de trois critères : architecture, atypies cytonucléaires et nombre de mitoses. Les trois critères sont cotés en 1,2 et 3 :

- architecture :
  1. la tumeur comprend que des tubes
  2. partiellement tubulaires
  3. la tumeur ne comprend aucun tube
- atypies cytonucléaires :
  1. noyaux réguliers monomorphes
  2. atypies modérées
  3. noyaux pléomorphes avec atypies marquées
- nombre de mitoses : le nombre de mitoses est recherché sur 20 champs au fort grossissement en périphérie de la tumeur. Le nombre de mitose le plus important par

grand champ est retenu.
Si le nombre est de 1 ou 0 : le critère est coté en 1
Si le nombre est de 2 : le critère est coté en 2
Si le nombre est de 3 ou plus : le critère est coté en 3

L'addition des trois critères permet de réaliser le grade :

Grade I : 3,4,5
Grade II : 6,7
Grade III : 8,9

Le grade SBR est réalisé sur tous les types histologiques de cancer infiltrant sauf le carcinome médullaire

- ***Classification anatomo-pathologique***

La classification anatomo-pathologique est un élément essentiel pour la classification des tumeurs. Quelques exemples :

Poumons

Ainsi, une tumeur pulmonaire à petites cellules n'a pas du tout le même pronostic que les autres formes histologiques des cancers du poumon, notamment les cancers épidermoïdes. Leur pronostic spontané est catastrophique (quelques mois de survie). Mais, leur sensibilité à la chimiothérapie est bien plus marquée. A l'inverse, les adénocarcinomes pulmonaires ont souvent une localisation plus périphérique et une évolutivité moindre que les cancers épidermoïdes. Ainsi, on ne parlera pas de cancers du poumon mais de cancers du poumon à petites cellules et de cancers du poumon 'non à petites cellules'.

Thyroïde

On peut distinguer au moins deux formes très différentes de cancers de la thyroïde : les cancers papillaires (plus ou moins bien différenciés), dont l'évolution est assez lente et qui sont, pendant très longtemps, même dans les formes métastatiques, sensibles à une irradiation par curiethérapie métabolique), les cancers médullaires de la thyroïde, caractéristique par leur secrétion de calcitonine et dont l'évolution est actuellement peu influencée par la thérapeutique. Lorsqu'on parle habituellement des cancers thyroïdiens, on parle des adénocarcinomes papillaires : mélanger d'autres formes histologiques (notamment pour la publication des résultats thérapeutiques) n'a aucun sens clinique.

Testicule

Les tumeurs testiculaires sont d'évolution spontanée assez similaire quelle que soit l'histologie, mais les séminomes sont très sensibles à la radiothérapie (et éventuellement à la chimiothérapie), alors que les tumeurs non séminomateuses sont peu sensibles à l'irradiation (il faudrait administrer des doses trop importantes (donc trop toxiques) pour les réduire, et par contre très sensibles à la chimiothérapie. Certaines formes histologiques parmi ces tumeurs (notamment les formes avec fort contingent chorio-carcinomateux) sont d'évolution plus rapide et de sensibilité différente à la chimiothérapie. On a déjà signalé l'importance des marqueurs pour la classification.

Lymphomes

Les lymphomes nécessitent une étude anatomo-pathologique très détaillée pour permettre une bonne classification : lymphomes de type maladie de Hodgkin (dont on distingue plusieurs types histologiques) et lymphomes dits non hodgkiniens avec des classifications variées cherchant à 'coller' à l'évolution clinique spontanée. L'apparition de la biologie moléculaire moderne et de l'immunohistochimie a bouleversé ces classifications.

Sein

A l'intérieur d'un même type histologique, on observe des degrés variés de différenciation tissulaire permettant des classifications diverses suivant la localisation. Ainsi, pour le cancer du sein, la classification de Scarff, Bloom et Richardson permet de distinguer des formes peu différenciées, qui, même pour une tumeur très limitée et enlevée en totalité, vont pousser les cancérologues à préconiser une chimiothérapie adjuvante systématique, devant le risque important de récidive rapide.

Prostate

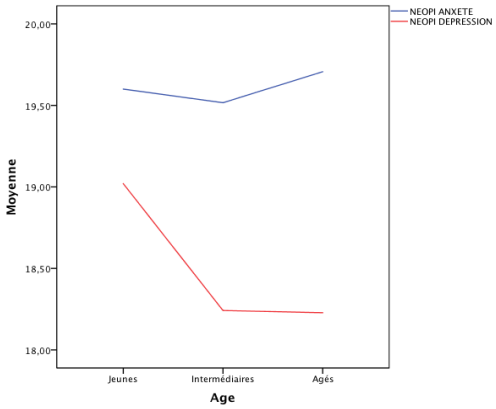
Il en est de même pour les cancers de la prostate. Il existe, en général, une grande hétérogénéité dans la différenciation tissulaire au sein de la tumeur. **Gleason** a proposé un « grading » qui additionne la partie la plus fréquemment rencontrée et la partie la moins fréquemment rencontrée. Ainsi, une classification Gleason (II + IV) signifie que l'on trouve majoritairement une différenciation de type II et de façon plus minoritaire (mais importante) de type IV. On peut ainsi parler de grade (VI + II) ou (I=I) de Gleason. La somme de ces deux données constitue un élément pronostique important et va modifier la thérapeutique.

Annexe 23 : Description de l'échantillon sur l'ensemble des variables contrôlées

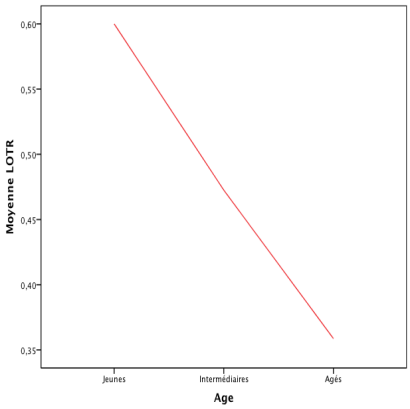
I. Différences entre les groupes obtenus en fonction des scores aux différentes échelles

Avant l'exploration des résultats de nos hypothèses, nous souhaitons présenter les différences éventuelles entre les groupes construits à partir des scores obtenus aux différentes échelles et les variables contrôlées dans l'hypothèse 2 ou 3 (âge, genre, type de cancer). Il s'agit de groupes construits à partir de la moyenne des scores du NEOPI (anxiété et dépression), de la LOT, de la MAC, du SSQ, du QRI, de la CLCS, utilisés dans le cadre des hypothèses 2 et 3, soit à T0. L'ensemble des variables a été dichotomisé excepté l'âge (3 groupes : jeunes, intermédiaires et âgés). Nous présentons également ces différences selon la localisation du cancer.

I.1 Différences entre les groupes en fonction de l'âge



NEOPI-R



LOT

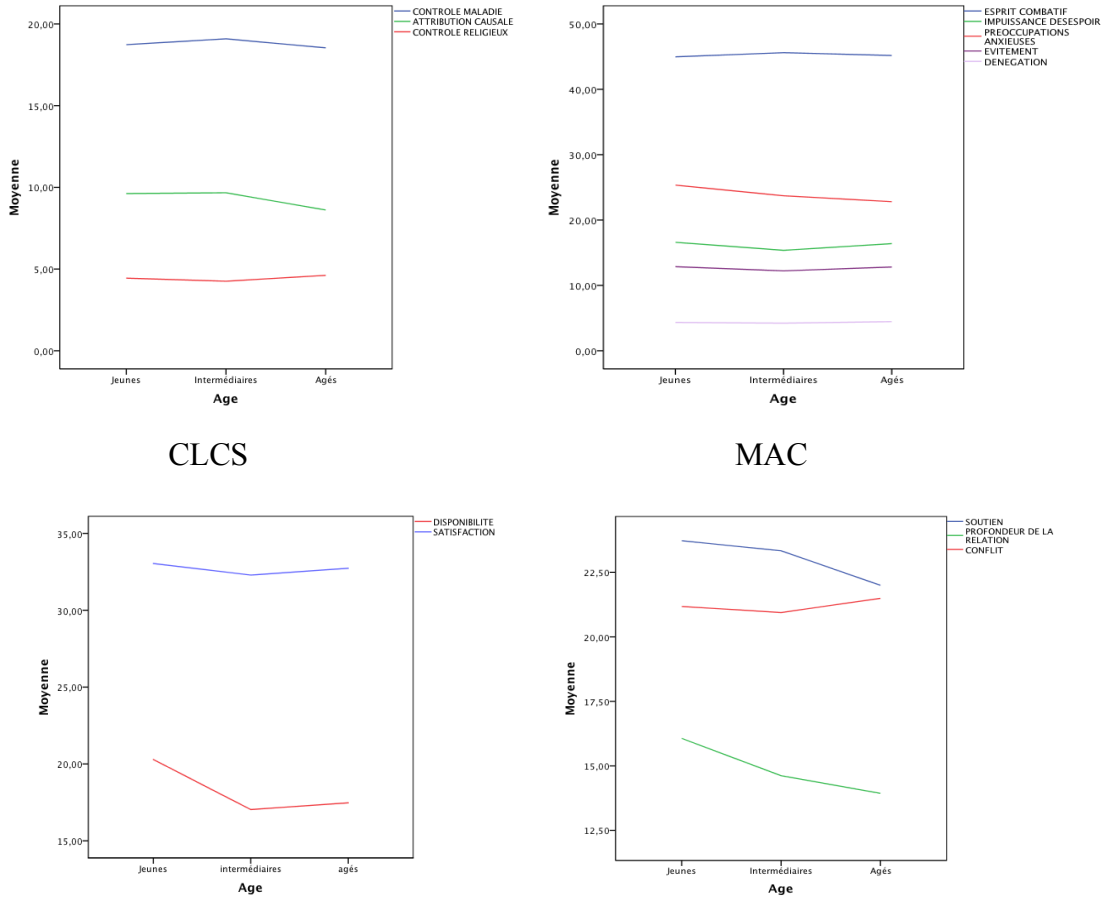
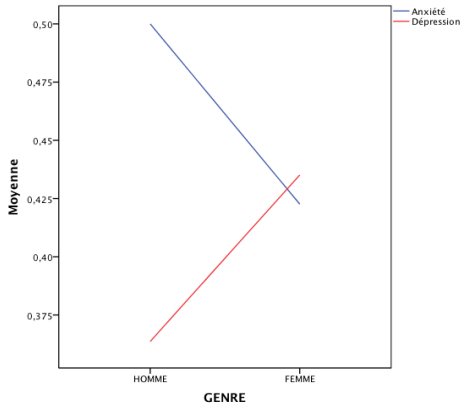


Figure 1: Différences entre les groupes construits sur les scores aux différentes échelles en fonction des groupes d'âge.

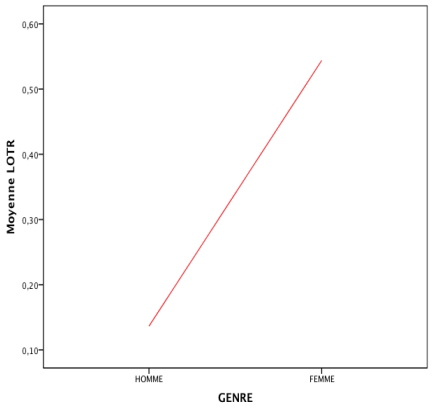
Il existe des différences entre les groupes d'âge et les groupes formés par les scores à la LOT (χ^2 = 11,212 ; p < 0,005), à la disponibilité perçue du soutien social (χ^2 = 6,704 ; p < 0,05), à la dimension « profondeur de la relation » du QRI (χ^2 = 7,34 ; p < 0,05) et à la dimension « impuissance désespoir » de la MAC (χ^2 = 6,56 ; p < 0,05*)*. Les autres différences ne sont pas significatives ($\chi^2_{\text{Neopianxiété}}$ = 4,10 ; *ns* - $\chi^2_{\text{Neopidépression}}$ = 0,67 ; *ns* - $\chi^2_{\text{SSQsatisfaction}}$ = 1,01 ; *ns* - $\chi^2_{\text{QRIsoutien}}$ = 3,44 ; *ns* - $\chi^2_{\text{QRI conflit}}$ = 0,076 ; *ns* - $\chi^2_{\text{MACespritcomb.}}$ = 1,63 ; *ns* - $\chi^2_{\text{MACpreoanx}}$= 6,56; *ns* - $\chi^2_{\text{MACevitement}}$ = 3,65 ; *ns* - $\chi^2_{\text{MACdenegation}}$ = 0,38 ; *ns* - $\chi^2_{\text{CLCSmaladie}}$ = 3,82 ; *ns* - $\chi^2_{\text{CLCSattrib}}$ = 1,95 ; *ns* - $\chi^2_{\text{CLCSreligion}}$ = 1,95 ; *ns*).

Autrement dit, les patients les plus jeunes de notre étude sont moins optimistes, perçoivent une plus grande disponibilité du soutien social dont ils bénéficient, perçoivent davantage la profondeur de la relation que les patients plus âgés et adoptent davantage de stratégies de coping « impuissance-désespoir » que ceux d'âge intermédiaire.

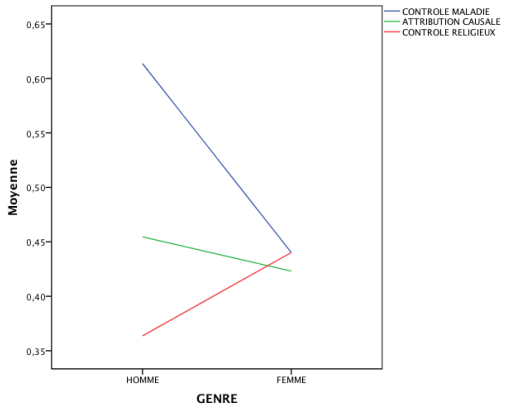
I.2 Différences entre les groupes en fonction du genre



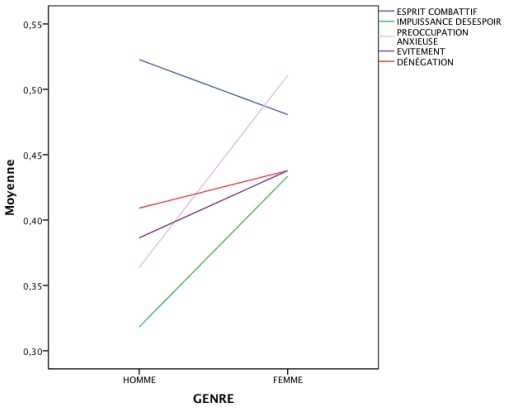
NEOPI-R



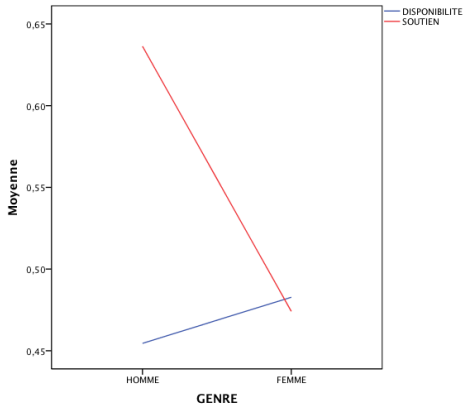
LOT



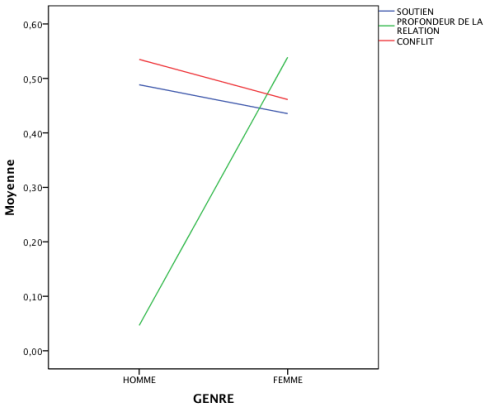
CLCS



MAC



SSQ



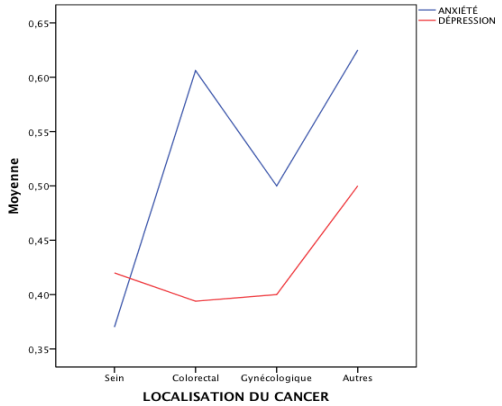
QRI

Figure 2 : Différences entre les groupes construits sur les scores aux différentes échelles en fonction du genre.

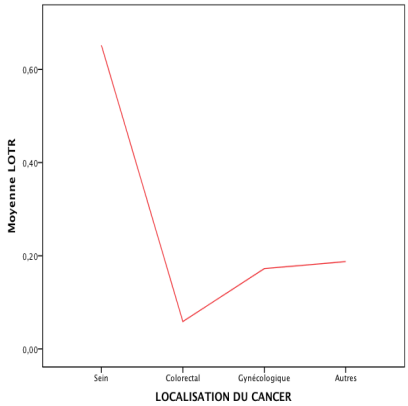
Il existe des différences entre le genre et les groupes formés par les scores à la LOT (χ^2 = 24,73 ; p < 0,005), à la satisfaction vis-à-vis du soutien social (χ^2 = 3,994 ; p < 0,05), à la dimension « profondeur de la relation » du QRI (χ^2 = 35,65 ; p < 0,05) et à la dimension « contrôle de l'évolution de la maladie » de la CLCS (χ^2 = 4,682 ; p < 0,05). Les autres différences ne sont pas significatives ($\chi^2_{\text{Neopianxiété}}$ = 0,906; *ns* - $\chi^2_{\text{Neopidépression}}$ = 0,74 ; *ns* - $\chi^2_{\text{SSQdisponibilité}}$ = 1,12 ; *ns* - $\chi^2_{\text{QRIsoutien}}$ = 0,46 ; *ns* - $\chi^2_{\text{QRI conflit}}$ = 0,879 ; *ns* - $\chi^2_{\text{MACespritcomb.}}$ = 0,234 ; *ns* - $\chi^2_{\text{MACimpdes}}$= 2,048 ; *ns* ; $\chi^2_{\text{MACpreoanx}}$= 3,39 ; *ns* - $\chi^2_{\text{MACevitement}}$ = 3,19 ; *ns* - $\chi^2_{\text{MACdenegation}}$ = 0,416 ; *ns* - $\chi^2_{\text{CLCSattrib}}$ = 1,17 ; *ns* - $\chi^2_{\text{CLCSreligion}}$ = 0,942 ; *ns*).

Autrement dit, les hommes sont plus optimistes que les femmes, ont un plus grand sentiment de contrôle de la maladie, sont davantage satisfaits du soutien social dont ils bénéficient mais perçoivent moins la profondeur de la relation que les femmes.

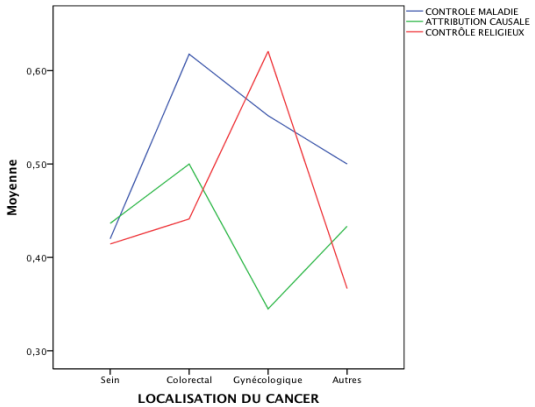
I.3 Différences entre les groupes en fonction de la localisation du cancer

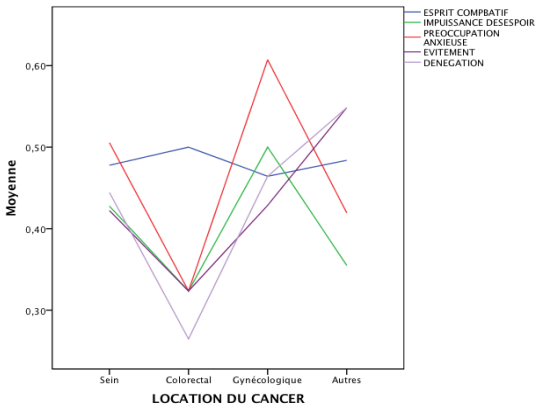


NEOPI

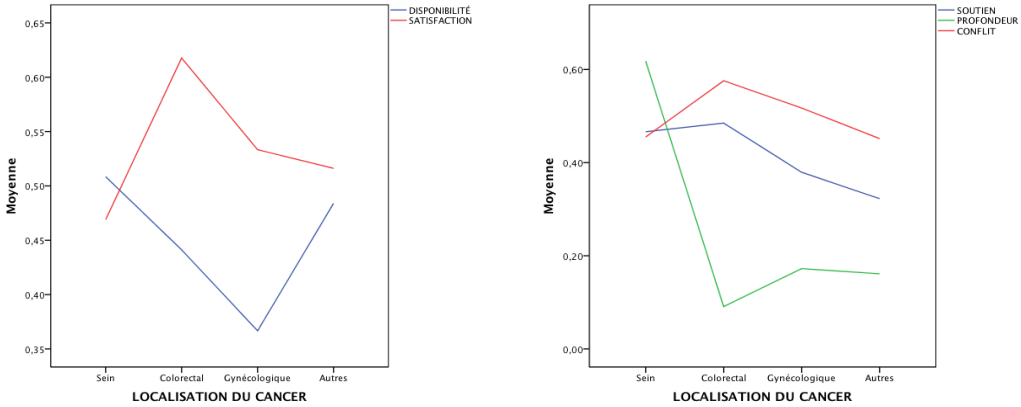


LOT





CLCS MAC



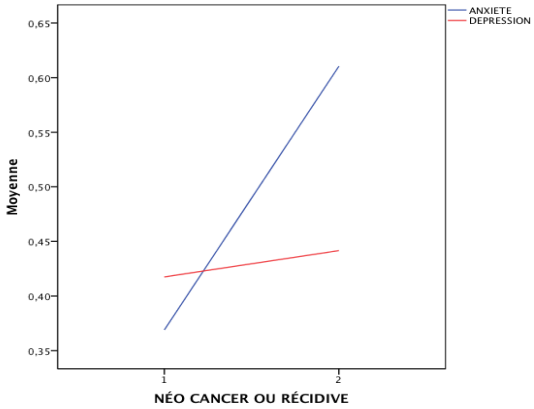
SSQ QRI

Figure 3 : Différences entre les groupes construits sur les scores aux différentes échelles en fonction de la localisation du cancer.

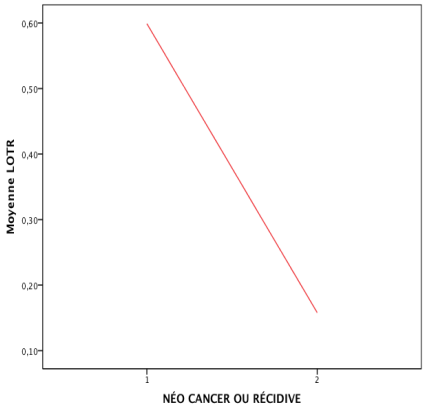
Il existe des différences entre les groupes formés par localisation du cancer et les groupes formés par les scores à la LOT (χ^2 = 67,59 ; p < 0,001), à la facette anxiété du NEOPI-R (χ^2 = 12,14; p < 0,001), et à la dimension « profondeur de la relation » du QRI (χ^2 = 59,18; p < 0,001). Les autres différences ne sont pas significatives ($\chi^2_{Neopidepression}$ = 0,97; *ns* - $\chi^2_{SSQdispo}$ = 2,45 ; *ns* - $\chi^2_{SSQsatisfaction}$ = 2,85; *ns* - $\chi^2_{QRIsoutien}$ = 3 ,95 ; *ns* - $\chi^2_{QRI\ conflit}$ = 2,06 ; *ns* - $\chi^2_{MACespritcomb.}$ = 2,19 ; *ns* - $\chi^2_{MACimpdes}$ = 2,86; *ns*- $\chi^2_{MACpreoanx}$ = 6,60 ; *ns* - $\chi^2_{MACevitement}$ = 2,97 ; *ns* - $\chi^2_{MACdenegation}$ = 5,94 ; *ns* - $\chi^2_{CLCSmaladie}$ = 5,27 ; *ns* - $\chi^2_{CLCSattrib}$ = 1,57 ; *ns* - $\chi^2_{CLCSreligion}$ = 4,67; *ns*).

Autrement dit, les patientes présentant un cancer du sein sont plus pessimistes, moins anxieuses et perçoivent mieux la profondeur dans la relation (soutien social spécifique) que l'ensemble des autres patients présentant d'autres atteintes cancéreuses organiques.

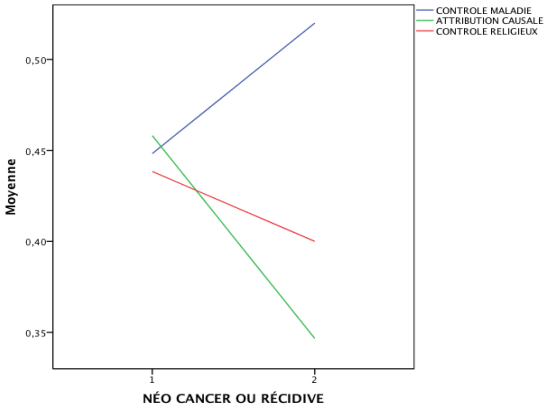
I.4 Différences entre les groupes aux différentes échelles en fonction du type de cancer



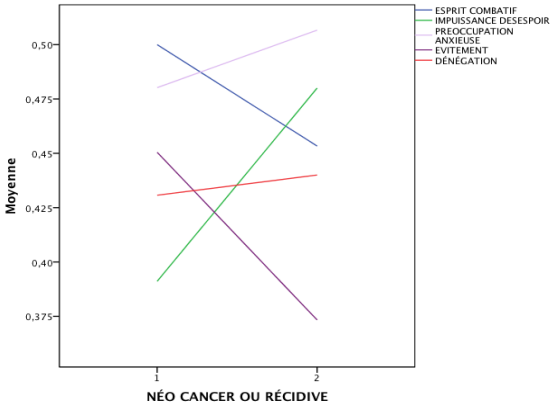
NEOPI-R



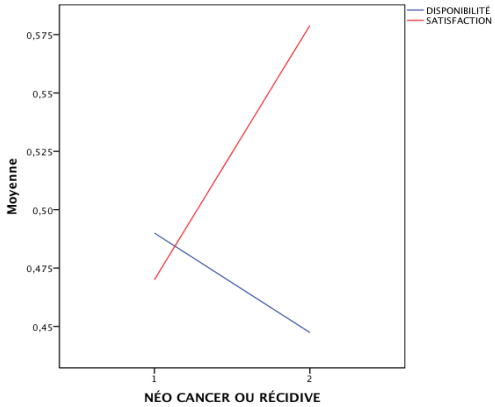
LOT



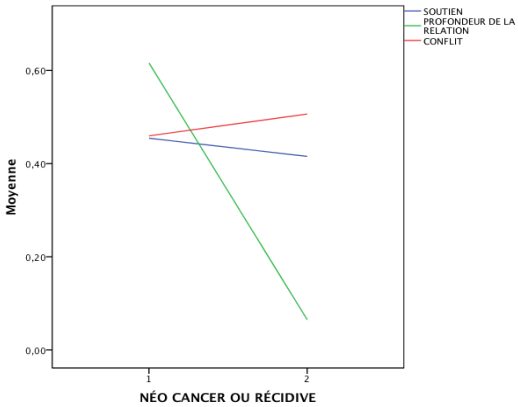
CLCS



MAC



SSQ



QRI

Figure 4 : Différences entre les groupes construits sur les scores aux différentes échelles en fonction du type de cancer.

Il existe des différences entre les groupes de type du cancer et les groupes formés par les scores à la LOT (χ^2 = 43,34 ; p < 0,001), à la facette anxiété du NEOPI-R (χ^2 = 13,30 ; p < 0,001), et à la dimension « profondeur de la relation » du QRI (χ^2 = 65,92 ; p < 0,001). Les autres différences ne sont pas significatives ($\chi^2_{Neopidepression}$= 0,17; *ns* - $\chi^2_{SSQdispo}$ = 0,39 ; *ns* - $\chi^2_{SSQsatisfaction}$= 2,73; *ns* - $\chi^2_{QRIsoutien}$ = 0,46 ; *ns* - $\chi^2_{QRI\ conflit}$ = 0,41 ; *ns* - $\chi^2_{MACespritcomb.}$ = 0,35 ; *ns* - $\chi^2_{MACimpdes}$= 2,17; *ns*- $\chi^2_{MACpreoanx}$= 0,24 ; *ns* - $\chi^2_{MACevitement}$ = 1,36 ; *ns* - $\chi^2_{MACdenegation}$ = 0,09 ; *ns* - $\chi^2_{CLCSmaladie}$ = 1,02 ; *ns* - $\chi^2_{CLCSattrib}$ = 2,38 ; *ns* - $\chi^2_{CLCSreligion}$ = 0,21; *ns*).

Autrement dit, les patients présentant une récidive cancéreuse sont plus optimistes et plus anxieux, et perçoivent moins la profondeur de la relation que les patients présentant un cancer primitif.

II. Effets simples et d'interaction de la localisation et du type de cancer sur les scores d'anxiété et de dépression obtenus à la HAD.

Le calcul des effets d'interaction exclut la prise en compte de l'âge en raison de la répartition des effectifs (Tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des effectifs en fonction de l'âge, de la localisation du cancer et du type de cancer.

Age	Néo cancer N	Récidive N
Jeunes		
Sein	*60*	*2*
Gynécologique	*1*	*1*
Intermédiaires		
Sein	*45*	*5*
Gynécologique	*8*	*4*
Autres	*2*	*1*
Agés		
Sein	*29*	*4*
Colorectal	*7*	*2*
Gynécologique	*4*	*3*
Autres	*2*	*8*

II.1 Anxiété

On n'observe aucun effet simple du type de cancer ou de la localisation du cancer sur l'anxiété, quel que soit le temps de mesure, il n'existe pas non plus d'effet d'interaction.

Tableau 2 : Comparaison de moyennes entre les scores d'anxiété obtenus à la HAD et l'âge, la localisation du cancer et le type de cancer aux 4 temps de mesure.

	N	M	ET	η^2	Puissance observée
T0					
Localisation du cancer					
Cancer primitif					
Sein	134	8,10	4,07		
Colorectal	15	4,73	3,65		
Gynécologique	7	6,86	1,22		
Autres	3	7,33	1,52		
Récidive					
Sein	11	7,09	4,41		
Colorectal	2	5,50	4,95		
Gynécologique	8	6,00	2,77		
Autres	10	5,60	3,43		
F Type de cancer (ddl)		0,38 (1,182)		0,002	0,094
F Localisation (ddl)		1,020 (3,182)		0,017	0,274
D Type de cancer*Localisation (ddl)		0,144 (3,182)		0,002	0,076
T1					
Localisation du cancer					
Cancer primitif					
Sein	134	7,32	3,92		
Colorectal	15	5,07	2,76		
Gynécologique	7	6,29	3,09		
Autres	3	6,33	3,21		
Récidive					
Sein	11	7,91	3,36		
Colorectal	2	5,50	2,12		
Gynécologique	8	6,25	2,86		
Autres	10	7,70	3,80		
F Type de cancer (ddl)		0,29 (1,182)		0,002	0,083
F Localisation (ddl)		1,05 (3,182)		0,017	0,282
D Type de cancer*Localisation (ddl)		0,068 (3,182)		0,001	0,062
T2					
Localisation du cancer					
Cancer primitif					
Sein	134	7,54	3,92		
Colorectal	15	5,47	2,1		
Gynécologique	7	6,29	2,14		
Autres	3	7,33	2,52		
Récidive					
Sein	11	8,18	3,31		
Colorectal	2	7,00	1,41		
Gynécologique	8	7,63	2,82		
Autres	10	6,00	3,65		
F Type de cancer (ddl)		0,252 (1,182)		0,001	0,079
F Localisation (ddl)		0,633 (3,182)		0,010	0,181
D Type de cancer*Localisation (ddl)		0,296 (3,182)		0,005	0,106

T3					
Localisation du cancer					
Cancer primitif					
Sein	134	7,61	4,0		
Colorectal	15	5,60	2,61		
Gynécologique	7	6,00	3,26		
Autres	3	7,67	2,51		
Récidive					
Sein	11	7,45	3,45		
Colorectal	2	8,50	1,12		
Gynécologique	8	7,25	3,05		
Autres	10	7,10	4,70		
F Type de cancer (ddl)		0,580 (1,182)		0,003	0,118
F Localisation (ddl)		0,213 (3,182)		0,004	0,090
D Type de cancer*Localisation (ddl)		0,428 (3,182)		0,007	0,135

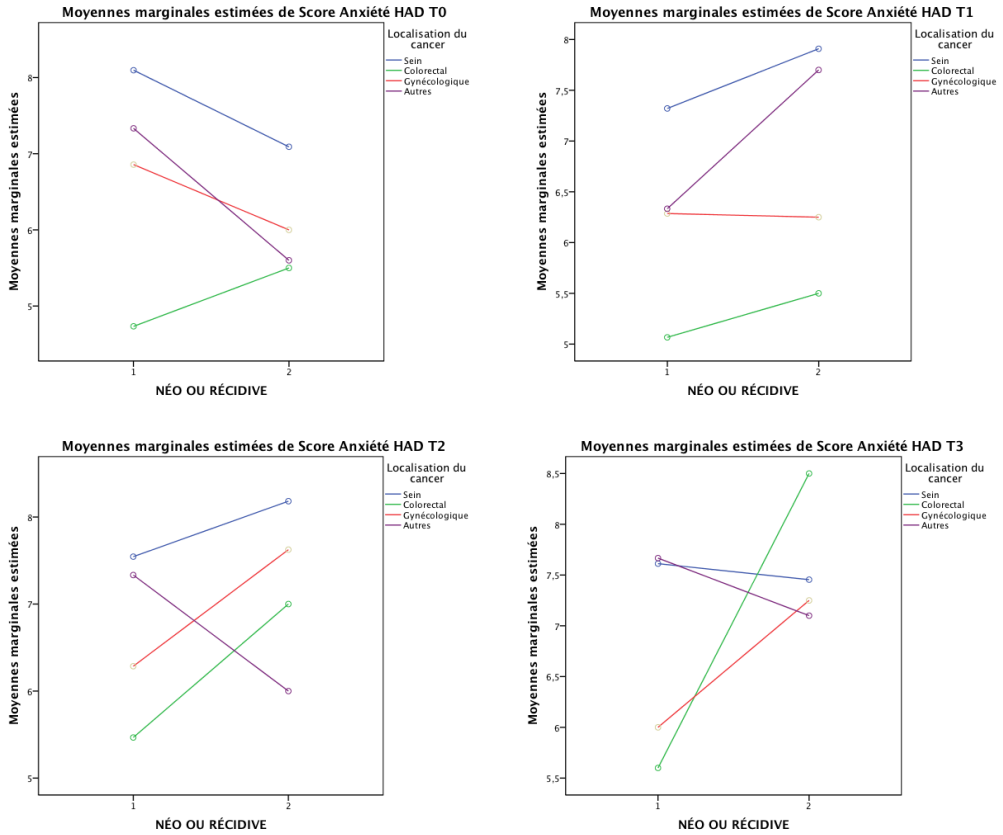


Figure 5 : Effets d'interaction (non significatif) entre les scores moyens d'anxiété obtenus à la HAD, la localisation du cancer et le type de cancer à T0, T1, T2 et T3.

II.2 Dépression

Il existe un effet d'interaction tendanciel du type de cancer*localisation du cancer sur la dépression à T1 (D (3,181) = 2,137 ; p = 0,06 ; η^2 = 0,034) etT2 (D(3,181) = 2,291 ; p = 0,08 ; η^2 = 0,037). Les autres effets (simples ou d'interaction) ne sont pas significatifs.

Les patients présentant un cancer colorectal ont tendance à être en moyenne un peu plus déprimés à trois mois et à six mois de l'annonce du diagnostic et ce d'autant plus que le cancer est récidivant.

Tableau 3 : Comparaison de moyennes entre les scores de dépression obtenus à la HAD et l'âge, la localisation du cancer et le type de cancer au 4 temps de mesure.

	N	M	ET	η^2	Puissance observée
T0					
Localisation du cancer					
Cancer primitif					
Sein	134	4,76	3,62		
Colorectal	15	2,60	1,99		
Gynécologique	7	5,14	4,88		
Autres	3	2,67	2,08		
Récidive					
Sein	11	7,09	2,26		
Colorectal	2	5,50	0,0		
Gynécologique	8	6,00	2,12		
Autres	10	5,60	2,98		
F Type de cancer (ddl)		0,006 (1,181)		0,000	0,300
F Localisation (ddl)		0,081 (3,181)		0,001	0,162
D Type de cancer*Localisation (ddl)		1,482 (3,181)		0,024	0,538
T1					
Localisation du cancer					
Cancer primitif					
Sein	134	4,68	3,92		
Colorectal	15	3,00	2,76		
Gynécologique	7	4,71	3,09		
Autres	3	3,33	3,21		
Récidive					
Sein	11	4,60	1,43		
Colorectal	2	8,50	0,71		
Gynécologique	8	2,88	1,81		
Autres	10	5,50	3,06		
F Type de cancer (ddl)		2,083 (1,181)		0,011	0,300
F Localisation (ddl)		0,553 (3,181)		0,009	0,163
D Type de cancer*Localisation (ddl)		2,137[(1)] (3,181)		0,034	0,438

T2					
Localisation du cancer					
Cancer primitif					
Sein	134	4,74	3,59		
Colorectal	15	3,93	2,76		
Gynécologique	7	6,00	3,65		
Autres	3	1,33	0,57		
Récidive					
Sein	11	5,00	2,78		
Colorectal	2	8,00	4,24		
Gynécologique	8	3,50	2,14		
Autres	10	5,10	3,51		
F Type de cancer (ddl)		1,926 (1,181)		0,011	0,282
F Localisation (ddl)		0,922 (3,181)		0,015	0,250
D Type de cancer*Localisation (ddl)		2,291[(1)] (3,181)		0,037	0,571
T3					
Localisation du cancer					
Cancer primitif					
Sein	134	4,67	3,56		
Colorectal	15	4,47	4,01		
Gynécologique	7	5,57	3,46		
Autres	3	2,0	1,73		
Récidive					
Sein	11	4,30	2,00		
Colorectal	2	9,00	2,82		
Gynécologique	8	3,50	2,33		
Autres	10	2,00	3,59		
F Type de cancer (ddl)		2,448 (1,181)		0,013	0,343
F Localisation (ddl)		1,240(3,181)		0,020	0,328
D Type de cancer*Localisation (ddl)		1,734 (3,181)		0,028	0,448

Notes : [(1)] résultats tendanciels, $p < 0,1$

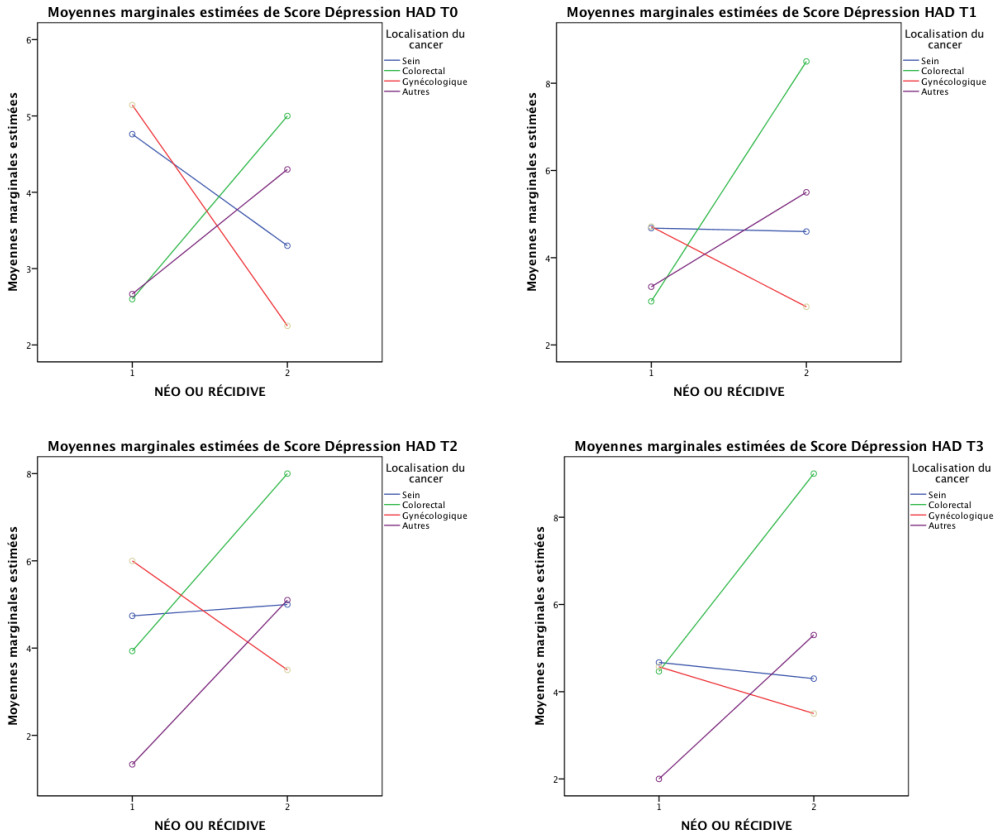


Figure 6 : effets d'interaction entre les scores moyens de dépression obtenus à la HAD, la localisation du cancer et le type de cancer à T0, T1, T2 et T3.

II.3 Effets simples de l'âge sur l'anxiété et la dépression

A T0, les plus jeunes ont en moyenne (M = 8,66 ; ET = 4,02) une anxiété plus élevée que celle des deux autres groupes d'âge (F (2,191) = 5,75, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,057$). Il n'existe pas d'autre effet de l'âge (Tableau 4). Cependant, il n'y a pas de différence entre les intermédiaires et les plus âgés.

Tableau 4 : Mesure des effets simples de l'âge sur l'anxiété et la dépression.

Age	N	M	ET	F	ddl	η^2	Puissance observée
T0-Anxiété				5,75**	2,191	0,057	0,86
Jeunes[(1)]	67	8,66	4,02				
Intermédiaires	67	7,54	4,32				
Agés[(1)]	60	6,28	3,35				
T1-Anxiété				1,14	2,191	0,012	0,25
Jeunes	67	7,45	3,57				
Intermédiaires	67	7,43	3,96				
Agés	60	6,55	3,86				
T2-Anxiété				1,37	2,191	0,014	0,29
Jeunes	67	7,25	3,50				
Intermédiaires	67	7,94	4,22				
Agés	60	6,85	3,48				
T3-Anxiété				0,84	2,191	0,009	0,19
Jeunes	67	7,34	3,56				
Intermédiaires	67	7,90	4,28				
Agés	60	7,02	3,80				
T0-Dépression				0,242	2,191	0,003	0,88
Jeunes	67	4,19	3,35				
Intermédiaires	66	4,35	3,57				
Agés	60	4,62	3,39				
T1-Dépression				0,419	2,191	0,004	0,117
Jeunes	67	4,31	3,56				
Intermédiaires	66	4,53	3,42				
Agés	60	4,97	3,25				
T2-Dépression				1,31	2,191	0,14	0,282
Jeunes	67	4,16	3,12				
Intermédiaires	66	4,95	3,88				
Agés	60	5,05	3,43				
T3-Dépression				1,30	2,191	0,013	0,279
Jeunes	67	4,10	3,05				
Intermédiaires	66	4,86	3,84				
Agés	60	5,02	3,45				

NOTES : * $p < 0,005$ – [(1)] comparaison multiple par paire (Bonferroni) : différence significative entre les sujets les plus jeunes et les plus âgés.